

مَجْلَدٌ

المعهد الطبي العربي

نبحث في الطب والصيدلوجيا وجميع فروعها

يصدرها عن دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهري آب و ايلول

رئيس انشائها الحكيم

مرشد خاطر

استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

دمشق — سورية

6

السنة السادسة

المطبعة البطريركية الارثوذكسية بدمشق

فاتحة السنة الساسنة

نفتتح سنتنا السادسة بارسال عاطفة التبريك الى مشتركينا الكرام سائلين ان تكون هذه السنة مباركة عليهم وراجين منهم ان يقابلوا هذه الصحيفة العربية بالمثل ويبادلوها العاطفة بعاطفة نظيرها . ولا تكون سنة هذه المجلة سعيدة عليها الا متى آزرها اطباء العرب ونفخوا فيها حياة جديدة بما ينشرون على صفحاتها من ابحاثهم واننا اذا القينا نظرة على جرائد الغرب راينا ان الغربيين يعتمدون على هذه المؤازرة فلا يعمل الشخص منهم منفرداً بل يعملون مشتركين لانهم يعيشون على المثل القائل « في الاتحاد القوة » وحرى بنا نحن العرب الذين فتحنا اعيتنا على محمد زاهر كان لحدودنا وتقهقر مشين نحن فيه اليوم ان نتخذ ابناء الغرب مثالا في اتحادهم ومؤازرة بعضهم لبعض . في الغرب اليوم مئات من المجلات الطبية الراقية التي يودع فيها الاطباء من القارات المختلفة نبات افكارهم ومبتكرات عقولهم في تحياهم وهم يتالون الشهرة بها بيد ان في الشرق بضع مجلات طبية تعد على الاصابع تعيش عيشة المضنى فلا هي حية حياة المجلات الاوروبية لتبعث بتلك الحياة الى اقصى البلاد العربية ولا هي ميتة فتسفن ويطوى امرها وليس الذنب في تلك الحياة الضئيلة الا علينا . لاننا اذا وفقنا لشيء جديد او مرت بنا حادثة نادرة اسرعنا الى نشرها في جرائد الغرب لتذيع وتنتشر ويعرفها اطباء العالم واحجمنا عن نشرها في مجلاتنا لقلّة انتشارها وضيق دائرة قرائها ولعل لنا عذراً في ما نفعل غير اننا اذا اعلمنا الغرب ان في البلاد العربية مجلات تنطوي على ما تستجبه عقول اطباء العرب كافة اذا افهمنا تلك القارات اننا نقوم نحيا حياة

علمية كحياتهم واننا نجمع ما نعثر عليه في مجلاتنا اقبلوا على جرائدنا يقرأون فيها ما تهتمهم معرفته كاقبالنا على مجلاتهم وجرائدهم نغذي بها عقولنا ونستطلع فيها ما جدث واستحدث ونقلوا عنا كل جديد يصادفونه كما ننقل عنهم كل شاردة فدبت في نشراتنا حياة جديدة نفخها اطباء العرب .

ربما يقول قائل ان الغرب الذي قطع اشواطاً في الحضارة ليس بحاجة الى ما نقول ونكتب وفي هذا القول ما فيه من سداد غير ان في الغرب امراضاً القف درسها الغربيون وفي الشرق امراض لا يزال عليها حتى اليوم ستار من الجهل لانها لا تظهر في الغرب اولاً لأنها قليلة فيه افيجوز لنا ان نبقي مكتوفي الايدي امام هذه الامراض لانها خصيصة ببلادنا ولان الغربي لم يجد حملة علمية لافتتاح معاقليها وكشف اسرارها؟ لا لعمرى بل علينا نحن ان نقوم بهذا العبء . جاءنا الضنك منذ سنة ونصف سنة فكانت وافدته رابعة، حلّ علينا ضيفاً ثقيلاً فلم ينج من شره عشر سكان هذه البلاد ، احدث من العراقيين الوخيمة ما لم نكن نتظره من الضنك الذي عهدنا به الرحمة، نظرنا الى طرز تفشيه وسرعته ووروده المنقطع علينا، قلنا عنه انه لا ينتقل بالبعوض بل ينتقل كما تنتقل الحصبة والجذري وذهب زملاؤنا البيروتيون غير مذهبن استناداً الى ضنك يظهر في البلاد الحارة واعمال قام بها اطباء تلك البلاد مع ان الضنك بضمن سكان يختلف احدهما عن الاخر بطرز تفشيه واعراضه فقام حوار شديد بيننا ولا يزال . فهل حركت النخوة من في البلاد الى كشف كنه هذا الضنك ورصد بعض المبالغ لرفع الستار عن هذه القضية العلمية ؟ لا لاننا نتظر الغربي ليكشف لنا ما اغمض منها .

في بلادنا الزحار العصوي متفشياً تفشياً شديداً يقتل الكثيرين على الرغم

من مكافحته بالمصل المضاد له حتى ان الوفيات لا تنقل فيه عن خمسين بالمائة مع ان هذا الزحار في اوربة اخف وطأة الا اذا اصاب الاحداث وكانت العصية المحدثه له عصية شيفا هذه العصية التي تمتاز بشدة سميتها، وزحارنا الخطر لا تحدثه هذه العصية فلماذا اذن شدة هذه الوطأة في سورية وخفتها في اوربة مع ان الزحارين تحدثهما عصية فلا كسندر؟ ان في الامر لسراً يترتب علينا كشفه فلعل عصيتنا السورية تختلف عن العصية التي فصلها فلا كسندر في اميركا ونيوهفن ومنيل ولعل لهذه العصية ذيفانات مع ان العصية الاميركية لا ذيفانات لها وهذا ما نرجحه . ان مجال العمل واسع والغرب يحتاج الى الشرق في كشف امور كثيرة ليس لدينا متسع لسردها في هذه الكلمة الافتتاحية بل نكتفي بتريدها ما قلناه سابقاً وهو ان مؤازرة المجالات العربية بمنتوجات عقول اطباء العرب ينفخ روح الحياة فيها من الوجهتين العلمية والمادية ويحمل الغرب على تعلم لغتنا كما حمله في زمن خضارتنا السابقة رقي العلوم بيننا ورغبته في اقتباسها الى تعلم لغة المضاد . فهل نحن ساعون وراء هذه الغاية؟

الحكيم
مرشد خاطر

انتقاب الكولون المعترض بقرحة زحارية

شفاء المريض بالمعالجة الجراحية

للحكيمين

لوسركل

لوريس

استاذ السريريات الجراحية

رأس اطباء مخبر الجراثيم في جيش الشرق

ترجمها الحكيم شوكة موفق الشطي

يعتقد المؤلفون ان قروح الكولون المعترض الزحارية نادرة حتى ان وولي (Wooly) وموسغراف (Musgrave) لم يشاهدا منها في جزائر الفيليبين الا ما يعادل واحداً في المائة . وهذا ما حدا بنا الى نشر المشاهدة الاتية لان القرحة التي نوردها افضت الى انتقاب المعى وعولجت في الحال معالجة جراحية وقد زادنا رغبة في نشرها علمنا ان قروح المعى الزحارية الثاقبة شديدة الخطر

المشاهدة

جوز ٠٠٠٠ كلود له من العمر ٢٨ سنة عريف في فرقة الخيالة الثانية عشرة وصل الى سورية في اذار سنة ١٩٢١
ادخل المستشفى في ١٢ آب سنة ١٩٢٢ لاصابته بالزحار فعولج فيه حتى ٢٧ ايلول من السنة المذكورة وكان يتغوط في اليوم ١٣ - ١٤ مرة وقد شفي بالامتتين . ولم يلبث ان أصيب بنكس فادخل المستشفى في ٢٢ تشرين الاول وظل فيه قيد المداواة حتى ٢١ تشرين الثاني وكان عدد التبرز حين دخوله ثلاثين مرة في اليوم ثم اخرج من المستشفى بعد ان اصبح عدد التغوط اربعة في اليوم

الواحد وعاد الى المستشفى مرة ثالثة لاصابته بقرخان انتاني وبقي فيه من ١٦ شباط سنة ١٩٢٢ حتى ٣ آذار ولم يبدُ في اثناء مكثه في المستشفى اقل اثر للزحار .
 أخرج بعد شفائه من المستشفى وارسل الى ثكنة الخيالة في بيروت ليعود الى وطنه وقد دخل في بيروت المستشفى الواقع في طريق دمشق مشتكياً زحاراً وقولنجاً وذلك في ١٧ آذار . وكان عدد التبرز ثلاث مرات في اليوم وقد اخذ هذا الرقم يزداد الى ان اصبح ٦ - ٨ مرات في الصباح ومثلها بعد الظهر فحس المريض الا عن الاطعمة الحارة والحساء وأعطى مقادير منقطة من كبريتاة الصوديوم ممزوجة بالافيون ولم يعالج بالأمتين . وقد شعر فجأة في ٢٣ آذار بينما كان مضطجعاً في سريره بعد طعام الظهر بألم شديد فوق المانة تحت الحفرة الشرسوفية على بعد ٢ - ٣ سنتيمترات الى يمين الخط المتوسط . وكان هذا الألم شديداً يشبه طعنة الخنجر فبدأ يصرخ واضعاً يده على بطنه املأً بايجاد وضعة نقيه التأم . وقد تجشأ مرتين او ثلاث مرات . وعقب ذلك غثيان ولم يبقء ولم يتبرز . وظل الألم متصفاً بالصفات الآتية : (ألم اضم منتشر الى الناحية الشرسوفية ، شديد لا يتبدل بتبدل وضعة المريض يصحبه فواق وبدون قيء) ارثماً نقل الى المستشفى الساعة الرابعة بعد الظهر فحفظه في الساعة الخامسة وكان لون المريض شاحباً ووجهه يحم باضطراب وجيئة وخداه مبللة بعرق بارد ، وعينه مغلقتين بعض الانغلاق ولا يشعر بما يحيط به الا قليلاً ولا جشاء ولا فواق ولا اقياء وقد بدا من النحوص ان بطنه مسطح رخو يتضغظ بسهولة الجلس : يدي نقطة ، وئة ألماً شديداً توافق النقطة الشمسية . ولا يبدل الجلس حس الألم الأصم الذي يشعر به المريض عفواً في الناحية الشرسوفية .

وكانت النقاط الحويصلية والاثنى عشرية والبوالية وناحية الانحناء الكبير وزاوية الكولون اليمنى غير مؤلمة وناحيات الزائدة والاعور كذلك . وكان جوم قادراً على تعيين النقطة التي بدأ بها الألم الشبيه بطعنة الخنجر اما جس هذه النقطة فلم يكن مؤلماً . والبطن واضح بالقرع ولا يشعر بصمغ في قسمه السفلي ، وصمم الكبد طبيعي ، لا شيء في القلب والرئة ، عدد النبض ٩٠ نبضة ، الاطراف باردة . شككنا في الانتقاب للاعراض العامة وحالة الصدمة والألم المشابه لطعنة الخنجر دون ان نعرف له سبباً وقد بدا لنا من خلوسوابق المريض من الاعراض المعدية ومن اصابته بالزحار فيما سبق ان الانتقاب قد يكون ناجماً من الزحار فقررنا البضع وخدر المريض بالايثير تخديراً عاماً وفتح البطن فيما فوق السرة فشاهدنا ان الحلب أخذ بالالتهاب .

وكانت المعدة محقنة ومتسعة اتساعاً زائداً ولم يشعر اثناء فحص وجهها الامامي وناحية الاثنى عشرية بصلاصة او بانتقاب . وقد سعينا الى فحص الوجه الخلفي بفك الارتباط ما بين الكولون والثرب فبدا الثرب محقناً ينزف لأقل رض وتبين لنا بعد رفع الثرب ان في الجهة اليمنى من الكولون المعترض انتقاباً تبلغ سعته سعة العدسة الكبيرة حيث كان الثرب ملتهباً .

وقد تبعنا الجوار نحو الزاوية اليمنى فوجدنا نقطتين على وشك الانتقاب ولم يكن جدار الكولون في حداثتهما مؤلفاً الا من الطبقة المصلية وحدها . فخطت الانتقاب ودفنت الافات تحت الطبقة المصلية ورمم الثرب ثم فحصت اقسام الكولون الباقية بسرعة وجفف السائل الآتي من الحوض الصغير بعد ان نزع الرفادات الساترة للبطن ورمم جدار البطن ثلاث طبقات وقطر المصل في

شرح المريض ووضع الجليد على بطنه وسقي اشربة كحولية وحقن بالزيت المكوفّر والامتين اربعة ايام ٠/٨ في اليوم . فتحسنت حالة المريض تحسناً تدريجياً وكان في اليوم الثامن على احسن حال ففحص برازه فكشفت المتحولات فيه في ٦ نيسان وشرع بمعالجته معالجة مشتركة بالامتين والارسنوبنزول وقد تم اندمال الجرح بدون حادث . وكانت حالة المريض العامة في ١٥ نيسان حسنة جداً فارسل الى فرنسة في غرة ايار وقد أصيب بنكس قبل سفره وعولج النكس بالامتين ولسنا نشك اقل شك في طبيعة الانتقاب الزحارية لان المتحولات كشفت في البراز قبل انتقاب المعى وظلت المتحولات فيه بعد العملية ايضاً . ولم يكشف اثناء العملية في الكولون المعترض او في اقسام المعى الغليظ أقل كثافة في الجدار تمكنا من الشك في السل ولم تكن العقد مصابة ايضاً . ولو كان السل هو السبب لساّر بعد العملية سيره المعتاد على ان الشفاء قد تم بسرعة . ولا يمكن ان ينسب الانتقاب الى زحار عصوي ايضاً لان سير هذا الزحار يختلف عن سيره في مريضنا فعدد التغوط في الزحار العصوي اكثر والزحار العصوي يعصي المداواة بالامتين وينجع فيه احيانا المصل المضاد للزحار ومريضنا لم يعالج بالمصل بل شفي باستعمال الامتين والارسنوبنزول وليس الانتقاب سرطاناً ايضاً لان المريض حدث

ان مريضنا مصاب بانتقاب الكولون المعترض انتقاباً زحارياً ومشاهدتنا هذه نادرة في بابها وكبيرة الدلالة من الوجهة الجراحية لانها تثبت لزوم التوسط الجراحي في الانتقاب الزحاري^١ مهما كان الانذار سيئاً . لان النجاح واناخذ حياة المريض يتوقفان عليه ويكونان خير ثواب للجراح .

جراحة القناة الجامعة

للحكيم لوسر كل استاذ الامراض الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر



قد يحدث ، متى لم تستأصل المرارة في شخص مصاب بالرمال ، ان حصاة تمر من المرارة الى القناة الجامعة فتقف فيها وتسدها او تصعد حتى القناة الكبدية وربما بقيت هذه الحصاة مدة بعد انتقالها الى مجاري الصفراء مستترة دون ان يديها اقل عرض الى ان يأتي زمن يكبر به حجم الحصاة بما يلتصق بها من الرواسب او يكثر به عدد الحصى او يلهب الغشاء المخاطي ويحتقن لاحتكاكها المستمر به فتسد القناتان الجامعة والكبدية . وربما كان الانسداد مؤقتا لان الحصاة تتحرك عفواً وتقع في الاثني عشري او لان الغشاء المخاطي ينقبض بعد الاحتقان والانتهاج فتمر الصفراء و: ول العارض ولا يكون مجال للتوسط الجراحي . غير انه متى بقي الانسداد مستمرا ظهر اليرقان وتأذت خلية الكبد تأذيا سريعا وبدا التعفن فدلّت عليه العرواء وسوء الحالة العامة . فلا يلبث ان يتقنع جدار البطن منذرا بان القناة الجامعة قد تبتق وبان التوسط الجراحي واجب لا مندوحة عنه واذا لم يسرع الى اجرائه ظهر التهاب المجاري الصفراوية المتقيح واليرقان الوخيم والابالة (anurie) وكان الموت محققا بقصور الكبد والكلية . فعلى الطبيب متى دعي الى معاينة مريض يتصف بمرضه بهذه الاعراض وكانت قد اتت به نوب رمل صفراوي ان يوجه نظره الى حصاة القناة الجامعة .

والاعراض الاساسية التي تتصف بها حصة القناة الجامعة وينى عليها التشخيص ثلاثة : الالم و اليرقان و الحمى .

١ - الالم : ربما كان شديدا بنوبة قولنج كبدي . وهو في الغالب الم خفيف مستقر تحت الكبد اقرب الى الخط النصفى من ألم المرارة واقع في الناحية الشرسوفية ومتشع الى ناحية ما بين الكفين متفاوت الشدة يظهر بعد الطعام متى مرت المواد الغذائية وحدثت تقلصات انعكاسية فوق العائق ويستمر طويلا اسابيع واشهر و يسوق المريض الى ادمان المورفين . وكثيرا ما يظن ان هولاء المرضى مصابون بامراض المعدة ويعالجون هذه المعالجة مدة طويلة ويظهر هذا الألم متى جست الناحية الواقعة انسي المرارة وتحتها .

٢ - اليرقان : قد لا يظهر او قد يكون خفيفا او اصفر ذهبيا او مخضرا . وصفته الاساسية كونه متبدلا ومنقطعا ومتى ظهر رافقته حمى وكان مرتبطا بهجمات التهاب المجاري الصفراوية .

٣ - الحمى : تظهر كأنها نوب برداء منع رعدة قصيرة المدة وحمى فجائية لا تلبث ان تزول غير انها تتكرر . والحمى هي عرض اكثر دلالة من اليرقان على انسداد القناة الجامعة بالحصاة .

والكبد مؤلمة كبيرة الحجم حين تبدو هجمات التهاب المجاري الصفراوية والحزال شديد وسريع .

ولا بد من تذكر علامة كورفوازيه وهي : مرارة منقبضة معناها الرمل ومرارة متوسعة معناها سرطان المعشكلة .

وربما كان للرسم الشعاعي بعض الفائدة في التشخيص (بكالار) .

ومتى شخص رمل القناة الجامعة كان التوسط الجراحي واجباً : متى خابت المعالجة الدوائية ولم تثمر كان الانتظار أكثر من ٨ - ١٠ أيام مضرّاً لأنه متى بدا التهاب المجاري الصفراوية العفن بعد اليوم العاشر الى الخامس عشر كانت نتيجة العدل الجراحي سيئة . فان خلية الكبد لا تلبث متى سدت القناة الجامعة ان تتأذى وتثلف فلا يجدي التوسط الجراحي المتأخر شيئاً لان المريض يموت من النزف او الالابة .

واما التوسط الجراحي الذي يجري في انسداد القناة الجامعة فهو خزع هذه القناة وتخفيض المجاري الصفراوية .

ولا حاجة الى سرد القواعد العامة التي لابد من اتباعها في التوسطات الجراحة على المجاري الصفراوية متى رغبت في النجاح : كفحص المريض فحصاً سريرياً متقناً ومعرفة التشريح والطريقة الجراحية معرفة حسنة غير انني أسرد نقطة واحدة لا تخلو من الاهمية وهي قلة الخطر متى اجري العمل الجراحي والمريض غير مصاب باليرقان فيجب اذن ان يعلج الميرقوقون يرقانا انجاسياً قبل اجراء عملهم الجراحي . وتوصلا الى هذه الغاية يحقن الاثني عشري بعد تنبيهه بحلول كبريتاة المغنيزيا الذي يحدث تقلصات في الجهاز الصفراوي كافية لافراغ محتوياته . فان لم تثمر هذه الطريقة كان اليرقان كبديا والخلية الكبدية قد فقدت موازنتها التشريحية والخلقية (الفسيولوجية) ويكون التوسط الجراحي قد اجري على مكبود وليس على مصاب بانسداد القناة الجامعة . وفي هذا ما فيه من الخطر وافضل طريقة في معرفة الحالة التي وصلت اليها خلية الكبد هي قياس التخثر . فكل ميروق يتأخر تحثره لا يجوز ان يضع قبل ان يحضر اولا بالاستدما الذاتي (autohémothérapie)

ونقل الدم وكلورور الكلس حقناً في الوريد (١٠ سم من محلول عشري) والحقن بالمصل الغليكوزي لكي تذخر الكبد ما تحتاج اليه .

ويستحسن ان يحقن ايضا بالمصل الملح (serum salé) الذي يدعو الكبد الى صنع مولدة الليفين (fibrinogène) ومتى حضر المريض يوضع حينئذ :
يمدد على المنضدة ويبسط بسطاً عريضاً ويشق بطنه شقاً معتزلاً وطويلاً لكي تبدو ناحية ما تحت الكبد ويسهل على الجراح الاستقصاء فيها .

ويستعان بالنور الاصطناعي لرؤية ما في القعر . وبعد ان تجهز كل هذه الامور لا يبقى سوى خزع القناة الجامعة ولكن اين تخزع القناة وكيف ؟ ان الطريقة الاكثر استعمالاً اليوم هي :

خزع القناة الجامعة فوق الاثني عشري : وازمنتها الاولى هي الازمنة نفسها في استئصال المرارة . وبعد ان تحدد الساحة العملية جيداً تجري الامور الاتية :
١ - تشق وريقة الثرب الصغير الامامية على الحافة الوحشية لان الخطر كائن في الانسي او على انعكاس الحلب الذي يرتكز خلف الاثني عشري وليس على الحافة العليا . ويكشف هذا الشق عدة ستحمرات من القناة الجامعة بعد دفع قطعة الاثني عشري الى الاسفل .

٢ - ومتى عرف المجرى الصفراوي سهل حينئذ جس القناتين الكبدية والجامعة بين الابهام في الامام والسبابة في وراء في فرجة ونسلو وكشف الحصاة في احدها حتى اذا جست جُدت في تزليقها الى المكان المنتخب لخزع المجاري الصفراوية حذاء مصب القناة المرارية وبعد ان نتأكد انه لا شرايين مهمة تمر امام القناة الجامعة نشقها شقاً مستطيلاً على الحصاة نفسها ونستخرجها

٣- اذا لم تمس الاصبع الحصاة يجب على الجراح قبل ان يشق المجرى الصفراوي الاسامي ان يزل بابرة دقيقة هذا المجرى ليتحقق انه صفراوي وليس ور يد الباب .

٤- بعد ان يشق المجرى يستقي فيه باصبعه اذا كان شديد التوسع فان القناة الجامعة متى كانت متوسعة تعادل في اقسامها الواقعة فوق العائق عروة معوية او بمقياس الرحم او بمسبار صمغي رقمه ١٦ - ١٧ والافضل ان يستقي بمستقص خاص مكور الطرف .

ويجب ان يكون الاستقصاء في العالي لان صعود الحصاة الراجع وتكون الحصى الكبدية هناك ممكنان وفي الاسفل ايضاً . ومتى كشفت الحصاة زلقت نحو الشق بضغط القناة ضغطاً تدريجياً او بسحنها متى كانت مفتحة . ومتى وثق الجراح بان الحصى قد استخرجت جميعها كان عليه ان يستقي في المجل ليعلم ما اذا كان حراً وذلك بادخال القاتاتير فيه حتى الاثني عشري حيث تشعر الاصبع بالمسبار بعد ادخاله .

٥- ينهى العمل الجراحي بوضع احفوض في فوهة القناة الجامعة وباخراج طرفه من القم الوحشي لشق الجدار . وهذا التحفيض واجب متى كانت الصفراء متعفنة ومستحسن متى كان المبضوع محمواً . وقد اهمل اليوم احفوض كهر (Kehr) وهو احفوض كالتاء الفرنسية لانه يمزق الغرز حين اخراجه ويكتفى بمسبار رقمه ١٦ - ١٧ بعد قطع طرفه . ويترك هذا الاحفوض زهاء ١٥ يوماً يثابر في اثائها على الغسل الذي يسوق معه المدر الصفراوي والحصى . واستخراج اكثر الحصى بخزع القناة الجامعة فوق الاثني عشري مستطاع

غير ان بعضها لا يستطيع اخراجه بعصر القناة الصفراوية من الاسفل الى الاعلى بل يستدعي ان يسير الجراح اليه لاستخراجه حيث هو .

اما الطريق وراء المشكلة فلا يشار به لانه يستدعي اجتياز طبقة متفاوتة الكثافة من نسيج المشكلة ويعرض الجراح لشق الاوعية التي تصالب وجه القناة الجامعة الخلفي ولا سيما الشريان الاثني العشري العكيلي السفلي ولوريد . وليس هذا الشق خلف المشكلة ملائماً ايضاً للتخفيض

ويفضل خزع الاثني عشري الامامي لاستخراج الحصى الواقعة في الاسفل لان هذا الخزع يمكن الجرائحي من الاستقصاء في مجل فاتر وتسلخ الاثني عشري عن المشكلة ليس امراً متحتماً غير انه قد يكون مفيداً لان الجراح يستطيع به ان يتحرى رأس المشكلة ويستقصي استقصاء تاماً في قطعة القناة الجامعة العكيلية ويدفع الحصاة المندفنة في القناة الجامعة فوق الاثني عشري وهو يمكنه ايضاً متى لم تكن مندوحة من خزع الاثني عشري من اخراج الاثني عشري خارج البطن وخزعه .

ويستدعي هذا التسليخ شق الحلب عموداً وحشي الحافة الوحشية لقطعة الاثني عشري الثانية واقتلاع الاثني عشري من اليمين الى اليسار ويسهل هذا الامر في الغالب .

وخزع الاثني عشري يجري عموداً حذاء منتصف الوجه الامامي لقطعة الاثني عشري الثانية في منطقة مغطاة جيداً بالحلب . يفتش عن الحليمة وتعرف الحصاة فتستخرج بمنقاش اذا كان مقرها سهل المنال ويتم استخراجها اما بعد خزع الحليمة او بعد خزع القطعة الانتهاية للقناة الجامعة على الحصاة خلال الجدار

الخليفي للاثني عشري اذا كانت الحصاة واقعة فوق مجل فاتر .
وعلى الجراح ان يتحقق بعد استخراج الحصاة باستقصائه من الاسفل الى
الاعلى ان القناة الجامعة حرة وانها خالية من حصاة اخرى . ولا فائدة في خياطة
الوجه الخلفي للاثني عشري بعد خزع الحليمة . ويجب ان يخاط الاثني عشري
خياطة دقيقة طبقتين في الامام .

واما التحفيض فيجرى اما بعد خزع القناة الجامعة فوق الاثني عشري
متى كانت المجاري شديدة التعفن او بتحفيض خلال مجل فاتر «دوفال»
وقد جرب بعضهم خياطة القناة الجامعة بعد ازالة العائق غير ان هذه
الطريقة وان تكن الفضلى من الوجهة النظرية شديدة الخطر لان معدل الوفيات
بعدها كان كبيراً بتمزق الغرز وانصباب الصفراء العفنة فعادوا الى التحفيض وقد
حققوه بعدة طرق :

فقد ظن بعضهم ان توسيع الحليمة يكفي : فوسع الامير كان حتى ٣٥ من
مستقطرة شريار (filièrè Charrière) وقالوا ان الحليمة تبقى متوسعة وتظل
كذلك مدة ١٥ يوماً وهي الايام الخطرة واثاروا بخياطة القناة الجامعة دون ان
يكون خطر من عودة الصفراء وتمزق الغرز .

واشار بعضهم بالتحفيض الخارجي الذي يجريه اكثر الجراحين اليوم غير انه
يفضي الى هزال شديد وخسارة ١٠ - ١٢ كيلاً من وزن الجسد في الوقت
الذي تصب به الصفراء خارجاً ويفقد الصقل ملاحه الكلسية . فاجتناباً لهذا
المحذور فكر بعضهم في جمع الصفراء وتعيمها بطريقة تدال وتجريها للمريض
وقد جنوا في بدء عملهم فوائدها حسنة غير ان التجربة دلت على ان الكلاب

المعالجة بهذه الطريقة تموت بعد ٤٨ ساعة فاهملت .

ورغب بعضهم في مفاغرة القناة الجامعة بالاثني عشري خلف العنق (الاثني عشري) وهي عملية صعبة الاجراء وبعيدة عن المنطق لان العاصرة تكون قد حذفت بيد انها هي التي تمنع الجراثيم عن العودة .

وقد ارتأى بعضهم اجراء التحفيز الداخلي خلال الاثني عشري بعد ادخال انبوب في شق القناة الجامعة غائص حتى قطعة الاثني عشري الثالثة . فان مسبار دوفال يحتاز المجل في الاسفل اولاً ثم يدخل طرفه العلوي في القناة الكبدية بعد اجراء شق مناسب . ويخاط على هذا المسبار ويرمم الخلب فلا تنظراً غوارض تالية مطلقاً .

ولكن متى كانت الصفراء متقيحة كان التحفيز الخارجي مفضلاً ومتى كانت المرارة مريضة وجب استئصالها غير ان الاستئصال يزيد العمل الجراحي خطراً وعليه كان ابقاء المرارة وخزعا فقط متى قضت الضرورة بذلك كافياً . ومهما يكن الامر فلا يجوز ان تهمل الاعتناء آت بعد العمل الجراحي بل يجب ان تراعى مراعاة دقيقة . فيجب ان يدفأ هؤلاء المرضى جيداً وان يعطوا الماء الذي فقدوه والسكر وتجنب الحوضه وغير ذلك .

ومتى روعيت جميع هذه الامور كان معدل الوفيات في خزع القناة الجامعة متى لم يكن المريض ميروفاً < ٢٠ بالمائة ومتى كان ميروفاً ولم يحضر قبل العمل الجراحي ٣٠ بالمائة ومتى كان ميروفاً ومحضراً ٩-١٠ بالمائة . « دوفال »

واسباب الموت العادية بعد العمل الجراحي هي التعفن العام المستمر على الرغم من تحفيض المجاري الصفراوية وقصور الكبد الحاد (يقان ووخيم ، ابالة)

والانزفة التي يكون ظهورها مناسباً بكثرته للوقت الذي مر على المريض بعد ظهور اليرقان والعمل الجراحي . فيجب اذن ان يكون العمل باكراً ، ما يمكن وان يحضر الميروقون قبل بضعهم اذا كنا نرغب في تحسين احصائاتنا .

اما النتائج البعيدة فحسنة : لان الاستئصال في اثناء العملية (بوشه) والتخفيض الذي يسمح للحصى الصغيرة بالمرور في الايام المقبلة ينقصان عدد النكس المسبب عن الحصى التي لم يعثر عليها في اثناء العمل الجراحي .

ولست ارى بديلاً قبل انهاء هذا البحث من ان اذكر العارضة التي قد تصيب المجرى الصفراوي الاساسي وطريقة اجتنابها . فقد يضطر الجراح في بعض الحالات الصعبة الى استئصال المرارة قبل خزع القناة الجامعة .

فاذا كان استئصال المرارة مجرياً من الامام الى الوراء كان العثور على القناة الجامعة وهي تسير منحرفة واقعاً وشقها شقاً معترضاً ممكن الوقوع الامر المفضي الى تضيقها وحدوث يرقان تالٍ .

فمتى شد قعر المرارة لكي تجر القناة المرارية جراً معها جدار القناة الجامعة الوحشي فاستطاع المنقاش مسكها مع تلك . فاذا شفي ما اضاعته القناة الجامعة من نسيجها كانت ندبة تضيق .

واذا شدت المرارة شدةً عنيماً جرت القناة الجامعة كامهاز ومتى قطعت القناة المرارية قطعت القناة الجامعة معها قطعاً معترضاً .

واذا استئصلت المرارة من الوراء الى الامام استئصلاً حسناً فقد يحدث ان اسنان المنقاش تتجاوز الحافة العليا للقناة المرارية فتقرص القناة الكبدية .

فمتى حدثت عارضة كهذه وفقدت القناة الجامعة والكبدية بعض نسيجها

وجب التحفيض الخارجي بوضع احفوض في القناة الكبدية وخياطة الجرح .
ولكن ما العمل متى قطعت القناة الجامعة قطعاً معترضاً تاماً ؟ في ذلك طريقتان :
١ - فاما ان يكون القطع قليل الاتساع فتستطاع خياطة هذه القناة
بعد وضع احفوض داخلي فيها فيكون الاحفوض كمستند للقناة .

وقد بنيت هذه الطريقة على الخاصة التي تتصف بها المجاري الصفراوية وهي
سرعة الترمم واحتمالها لانبوب المطاط .

٢ - واما ان يكون القطع متسعاً فتفاغر : أ - القناة الجامعة بالمعدة وهي
طريقة صعبة الاجراء غير ان فوائدها جلية . ب - خياطة الطرفين بعد ادخال
مسبار في القناة وسد الثلمة بوريقات الثرب فتترمم القناة جيداً .

وهاتان الطريقتان مستعملتان في الحالات النادرة التي تستدعي استئصال
المجاري الصفراوية العريض اضيق طراً عليها او لسرطان اصابها .

ج - والوسيلة الاخيرة هي تطعيم قطعة وريد وقد دل الاختبار على ان
النتيجة القرية حسنة غير ان النتيجة البعيدة سيئة .

وصفوة القول ان آفات المجاري الصفراوية تعالج في الغالب معالجة دوائية غير انها
تستدعي في بعض الاوقات معالجة جراحية . وان هذه المعالجة تكون حسنة
النتيجة كلما بكر في اجرائها . فلو استئصلت المرارة المريضة في بدء مرضها لكان
العمل الجراحي بسيطاً والوفيات لا تعادل اكثر من ١ - ٢٠٠ ولما وقعت حصاة
ووقفت في القناة الجامعة . واما متى وقعت الحصاة في القناة الجامعة وحدث
التعفن فالخطر يشتد ومعدل الوفيات يعلو الى ٢ - ٣٠ في المائة .

واذا اخر العمل الجراحي كثيراً تأذت خلية الكبد تاذياً شديداً وكان

المريض عرضة لتعفن جديد يضاف الى حالته السابقة .
واننا متى رأينا باعيننا الخطر العظيم الذي يهدد المصاب بحصاة سدت قناته
الجامعة ومتى ابصرنا زوال هذا الخطر بعد خزع قناته واستئصال الحصاة في
الوقت المناسب واستمرار هذا الشفاء قلنا مع لاسباب ان خزع القناة الجامعة
مفخرة من مفاخر الجراحة الحاضرة فعلى الاختصاصيين بالامراض الباطنة الذين
يرون هؤلاء المرضى قبل الجراحين ان يقدروا العمل الجراحي قدره. ويقنعوا
مرضاهم بعد ان يشخصوا مرضهم بالاسراع الى المعالجة الجراحية لان نجاحها
متوقف على التبكير في اجرائها فكل حصاة في المرارة ثبت تشخيصها وكل
حصاة في القناة الجامعة شك فيها تستدعي المعالجة الجراحية الباكزة .

الجراحة في سياق السنة ١٩٢٧

للحكيم مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

الرأس والعنق

١ — معالجة دماغ الوجه : ما من يجهل الخطر الذي يستهدف له المصاب بدماغ الوجه ولا سيما الشفة العليا . وقد انقسم الجراحون في معالجة هذه الدماغ قسمين منهم المجد للمعالجة الجراحية ومنهم المفضل للمعالجة الدوائية ويظهر ان كفة المعالجة الدوائية قد رجحت وان ترك الموضع جانباً في معالجة هذه الدماغ خير من استعماله وان الاستدماء (*hémiothérapie*) هو انجع المعالجات

٢ — معالجة بعض ادواء ذئب الوجه الجراحية : يشير مور باستئصال ادواء

الذئب المتسعة التي تتجاوز ٨ - ١٠ سنتيمترات وتعصي المعالجات العادية ولا سيما متى لم يكن للمريض متسع من الوقت لمعالجتها المعالجات الاخرى الطويلة المدة ويشترط في الاستئصال ان يبقى الجراح بعيداً في شقه عن منطقة الورم وان يعالج ذئب في الزمن الذي لا يسير فيه سيراً خاداً وان يعتنى الاعتناء الشديد بقطع النزف ويطعم السطح العاري الناجم من العمل الجراحي بطعوم بشرية ادمية فيشفى المريض شفواً تاماً والناتج حسنة .

٣ — سرطان اللسان : اتفقت اراء الجراحين في هذه الالوة الاخيرة

على معالجة سرطان اللسان بازمة ثلاثة :

معالجة الورم باشعة الراديو ، واستئصال العقد البلغمية استئصالاً جراحياً وتوجيه الاشعة المجهولة الى المنطقة المضغوطة . ويشير جانناي باستئصال العقد بالكموة النارية وليس بالمبضع لانه اخمن ويطي المنطقة بالنكس .

غير ان طرز هذه المعالجة ليس القاعدة المطردة في جميع الحالات فقد اشار رغو باستئصال القروح التي يشك في طبيعتها السرطانية استئصالاً جراحياً وكذلك القول في الحوادث التي لم تنجع فيها اشعة الراديوم اذا كانت الجراحة لا تزال قادرة على استئصالها لان معالجتها بالراديوم مرة ثانية اقل فائدة من المرة الاولى .

٤ — معالجة الجذرة الجحوظية الجراحية: عالج هذا الموضوع مورو في جمعية الجراحية في بلجيكة وتستنتج من بحثه الامور التالية :

١ — ربط الشرايين الدرقية قد اهمل امره كعلاج شافية ولا يزال معنولاً به كزمن اول لاستئصال الغدة الدرقية .

٢ — قطع ثلاثة ارباع الغدة او خمسة اسداسها ليس باكثر خطراً من قطع نصفها وهذا القطع القسري هو الطريقة الفضلى لان ثلثي الجذر الجحوظية وجميع الجذر التي انقلبت جحوظية يجب ان تعالج هذه المعالجة وشفاءها يعادل ٨٥ بالمائة .

٣ — ^١المعالجة المحضرة باليود اساسية لانها انقصت الموت الى ١ — ٢ في المائة

٤ — ^٢التبكير في المعالجة عامل كبير في النجاح .

٥ — قد اهملت العمليات الجراحة على الودي لان نتائجها اخط من نتائج العمليات الجراحة على الغدة الدرقية . ومعاينة المريض معاينة دقيقة قبل التوسط الجراحي امر كبير الاهمية فلا يجوز ان يمس المريض ما زال نبضه ١٣٠

غير ان بعض الجراحين لا يحفلون كثيراً بما اورده مورو ويقطعون الودي في الجانب الواحد او الجانبين معاً ولا سيما متى كان عرض الجحوظ متغلباً والغدة الدرقية غير ضخمة ضخامة صريحة .

غير ان المذكرة المفيدة التي اعلنها ملشيور وحلل بها المشاهدات في

سريريّات غوتز منذ ثلاثين سنة مقابلًا بين نتائج قطع الودي والاستئصال،
القصبي دلت على تفوق الاستئصال .

٥ - معالجة الجذرة العادية يستنتج من المقالة الممتعة التي نشرها بارار وبنها
على ١٦٠٠ حادثة ان المعالجة الدوائية يجب ان تسبق المعالجة الجراحية وكثيراً ما تكون
كافية متى احسن استعمالها وثو بر عليها مدة طويلة . ولكن متى مرت ستة اشهر
او سنة ولم تثمر المعالجة الدوائية يجب ان يتولى الجراح امر هذه الجذرة . ويأسف
بارار للوهم المستولي على بعض الاطباء ولاعتقادهم بان استئصال الغدة القصبي
او استئصالها التام (وهو امر ممكن في كثير من الحالات) عملية خطيرة جداً مع ان
الوفيات لم تتعدّ في احصاء بارار ٣ من ١٦٠٠ عملية وينهي بارار مقالته بهذه الجملة :
لنترك اشعة الراديووم والاشعة المجهولة جانباً في معالجة الجذرة السليمة .

الجزع ، القلب

١ = سرطان الثدي : ما من يجهل ان سرطان الثدي سرطان خبيث و برهاننا على
ذلك الاحصاءات العديدة التي اوردها الجراحون فاحصاء ويرد عن ٤٧٦ حادثة
يثبت ان مريضاته قد مات منهن خلال عشر سنوات بعد اجراء العملية ٣٩٥ وان
موتهن كان بمعدل ٩٣ بالمائة من نكس طراً عليهن .

ويلفت (ويرد) الانظار الى اهمية العقد الضخمة في الانذار الجراحي فان
المريضات تطول حياتهن عشر سنوات واكثر متى لم يشعر بعقدهن بما يعادل ٢٠
بالمائة بيد ان هذا المعدل يهبط الى ٥ بالمائة متى كانت العقد ظاهرة .

ولنوع سرطانات الثدي النسيجي الاهمية الكبرى في الانذار ايضاً وقد
بين هذا الامر باسهاب دلبه فعلي من يرغب في الإستزادة من هذا الموضوع ان

يظالم المؤلف الذي وضعه دلبه ومندارو عن سرطانات الثدي .
 والتبكير في التشخيص كبير الاهمية ايضاً لان عليه يتوقف النجاح في المعالجة .
 وقد احسن شوارتز ولوسان بلفتها الانظار الى بعض آفات الثدي التي يشك في
 طبيعتها السرطانية وينصحهما بحس الثدي . واليد مفتحة ليعرف قوام الورم وما
 اذا كان عالقاً بالغدة او متحرراً عليها وما اذا كانت الغدة نفسها ثابتة ام متحركة
 فتمتلي جس هذا الورم وكان شك في طبيعته وجبت معاينته شهراً بعد شهر . فاذا
 كان هناك احتقان في بعض الفصوص او الفصيصات عادت الغدة بعد مدة الى
 مرونتها وزال الورم واما اذا كان الورم سرطانياً بقي الورم وازداد انتشاراً غير
 ان بعض الجراحين لا يجارون شوارتز في انتظاره بل يفضلون متى وقع الشك
 استئصال الورم جميعه او بعضه وفحصه فحصاً نسيجياً .

٢- جراحة القلب : اذا كانت خياطة القلب قد راج امرها وعرفت منذ
 زمن ليس بالقصير . واذا ذكرت مشاهدات جديدة من آن الى آخر في الجمعيات
 والمؤتمرات . مثبتة نجاح هذه العمليات فليس الامر كذلك في النتائج الوظيفية
 البعيدة التي لم تعرف حتى الان حق المعرفة ولهذا حق لنا ان نعود الى احصائين
 روسيين لاظهار هذا الامر فكلاهما متفقان على ان ٨٠ - ٩٥ بالمائة ممن خيطة
 قلوبهم لم يصابوا في حياتهم المقبلة باقل تشوش قلبي حين التخدير او المرض او التعب .
 فان القلب يستعيد وظيفته على الرغم من كثرة لتصاقات عضلته بتأمره
 وضخامته وتوسعه وانحرافه .

اما الالافات المصراعية فنادرة . وما العواقب السيئة المعادلة الخمسة بالمائة الا
 نتيجة التصاقات متسعة او وهن الندبة او تكون ام الدم .

ولا بد لنا من ذكر حقن باطن القلب بالكظرين وان يكن هذا الامر اكثر علاقة بالتخدير منه بجراحة القلب وقد دافع عن هذه القضية توبه دفاعاً مجيداً ويظهر ان استعماله قد عم وانتشر وكانت فوائده جسيمة وقد تحققناها بنفسنا لاننا استعملناه مرتين في غشي القلب التخديري فكان النجاح حليفنا وقد نشرنا هاتين المشاهدين في مجلة جمعية الجراحة في باريس وفي مجلتنا هذه .

المعدة

١. معالجة القرحة البسيطة : دار حول هذا الامر جدال عنيف فممنهم في جانب استئصال القرحة ومنهم في جانب المفاغرة المعدية المعوية ويظهر ان القضية الاولى قد تغلبت على الثانية .

فمن دعاة الاستئصال نذكر دلول وماله غوي وفاشه الذين يستأصلون جميع قروح الانحناء الصغير حتى المتصقة منها ثم يجرون مفاغرة المعدة بالامعاء احتياطاً . ومنهم ايضا بيرغفلد الذي درس جميع العمليات التي اجراها ريشل من سنة ١٩٠٧ - ١٩٢٢ واستنتج منها ان استئصال القرحة الواسع هو العملية الفضلى . وقد هبط معدل الوفيات بعد هذا الاستئصال من ١٢ = ٣ بالمائة وعلا معدل الشفاء الحاققي (الفسيولوجي) التام الى ٩٤ بالمائة .

ويشير فريدمان باستئصال قسم كبير من المعدة لان به يحصى سطح واسع مفروز ويقل الحامض الكلور هيدريك الحرفوي يقطع ١٣ سنتيمتراً من الانحناء الصغير و ٢٨ من الكبير ويقول فرايبلاي بعد تبعب ٦٧٦ من مرضاه ان القاطع لا يعلو معدل الوفيات فيه عن مفاغرة المعدة بالامعاء اكثر من نصف بالمائة مع ان نتائجه تفوق نتائج تلك كثيراً .

العصب البصري مستضغط (مانومتر)

المائع الدماغى الشوكى

للحكيم ادب مردست

اذا فحص مقطع معترض من جذع العصب البصري مقطوع من بعد ستمتر واحد خلف المقلة يرى المنظر الآتى : يوءلف الجذع العصبي حبلا كثيفا ثخنه نصف ستمتر أو أقل محاطا بغشاء رقيق مغلف فيه عدد من الاوعية يسمى الام الحنون ، ويتلوه خلاء يدعى الخلاء الدماغى الشوكى أو تحت العكبوتية، لان الغشاء العكبوتي كما لا يخفى يتألف من وريقتين حشوية وجدارية . كما هو الامر في المراكز العصبية الاخرى) وتطبق الوريقة الجدارية انطباقاً وثيقاً على الوجه الباطن لغمد قوي (الام الجافية) وتوافق هذه السحايا الثلاث المغلفة للعصب البصري سحايا المركز تمام الموافقة وما هي في الواقع سوى استطلاات منها .

ونرى في مقطع "عصب البصري حسب محوره الامامى الخلفى أى في مقطعه المستطيل ايضا ان السحايا الثلاث توءلف سلسلة اغمد يكثف بعضها الاخر وتكون ثلاثة اكمام للجذع العصبي . فهذا المقطع يساعدنا على درس كيفية الانتهاءين الامامى والخلفى في هذه العمود ففي الورا تفتح هذه الاغمد رأسا في الاخلية بين السحايا لجوف القحف لان السحايا الدماغية تكمل السحايا البصرية . وفي الامام تنتهي هذه الاغمد على عكس تلك بلامستها لطبقة العين الصلبة . ويشبه هذا الغشاء الصلب نوعاً من الصفاق وهو الطبقة الظاهرة في المقلة والقشرة

المتينة التي لا تبدل فمتى بلغت السحاي سلكت طرقاً مختلفة :

فالأم الجافية وهي ليفية كطبقة المقلة الصلبة تتحد بها لتدعم قوة الاتصال
والمتانة بين العصب البصري والمقلة . والام الحنون تضع في شعبات العصب
البصري الانتهائية والغشاء العنكبوتى تتحد ويريقناه لتواء لف رتجا حيث الهاش
الدوراني يحيط بنقطة دخول الجذع العصبي في القشرة الخلوية .
والخلاء العنكبوتى ينتهى برتج دائري حول الحليمة البصرية .

يلخص : ان العصب البصري منذ مبارحته للتحف من الثقب البصري
حتى كرة العين محاط بغمد سحائي مثلث ، في احدها (الخلاء تحت العنكبوتية)
طبقة رقيقة من المائع الدماغى الشوكى الصافي مؤلفة للكم المائى حول الجذع
البصري ويتصل هذا الكم في الورا اتصالاً حرّاً فاذا طرأ سبب وارتفع التوتر
المائع الدماغى الشوكى ازداد التوتر في الكم المائى حول العصب البصري (الا في
بعض حالات نادرة او يناسب ارتفاع التوتر هذا ازدياد حجم المائع ، فتشاهد
إذا تحولات شديدة خاصة في جهة العصب البصري .

فاوعية العصب البصري المركزية النافذة في الجذع البصري على بعد سنتيمترين
خلف العين ، عقب اجتيازها للاغداد البصرية الثلاثة السحائية تحتق في مسيرها
خلال الاخلية تحت العنكبوتية ، وينتج من هذا ان طرفها الانتهاى مضيق للشریان
وموسع للوريد و : بى بمرآة العين ان الشرايين (شعب الشريان المركزى)
منضيقة والاوردة الشبكية (تنصب في الوريد المركزى) متسعة للغاية وقد
تقطع في بعض محال فتدق منها عدة اندفاقات خفيفة كأنها الشرر او
انزفة حقيقية .

ولا يشعر بصعوبة الدوران الراجع في الاوعية المركزية وشعبها فقط بل يضخم الجذع العصبي نفسه ويتوخم مرتشحاتها خلاصاً ويزداد حجم الحليمة فتعرض وتبرز كأنها زرنات في قعر العين ، على سطح الشبكية ويطلق على هذه الحالة الركوند الحليمي او الوذمة الحليمية فالركود الحليمي الحقيقي ينشأ من تأثير آلي لان الضغط في اغمداد العصب يعوق الدوران الراجع كما يحدث متى شد حبل حول جذر احد الاطراف فعاق الدوران الراجع وتوخم الطرف .

وفيهما مما تقدم ان هذه الصعوبة الالية الصرفة لا تضر ضرراً جسيماً بالالياف العصبية ، لان الطاقة البصرية والساحة البصرية بقيان زمنياً طويلاً طبيعتين او تكادان فالركود الحليمي والحالة هذه اذا لم يدقق الطبيب في فحصه والتفتيش عنه يبقى مستتراً مع انه اداة مفيدة في التشخيص .

ولا بد من معرفة هذه النقطة الرئيسة وتحريها في الافات الدماغية السحائية او الدماغية النخاعية او جميع التفاعلات السحائية الحادة والمزمنة او في الآلام الرأسية المستعصية او في الدوار . ومتى طال الوقت على الالياف البصرية لتعب لتشوش تغذيتها فستحيل بسرعة . فان العصب البصري الذي احتمل هذا المصير سنة او اكثر قد يصاب بالاستحالة بعد عدة اسابيع فتبدو اخطافات موقنة تنذر بسوء المصير فاذا لم يتوسط توسطاً سريعاً كان العمى المطبق .

فالعصب البصري اذاً مستضعف حساس ينهنا بتوتر المائع الا في بعض حالات استثنائية) فلا يجوز ان يترك ليختنق لانه يستحيل بسرعة دون ان ينه .

اختطافات الروءية نذيرة

بالركود الحليبي

يشعر المريض بان حجاباً قد سدل فجأة على الاشياء الثابتة المحيطة به وعم الساحة البصرية جميعها وتنجم هذه الاختطافات الموقته التي تستمر ٥ - ١٠ - ٢٠ - ٣٠ ثانية وتكرر ١٠٠ - ٢٠٠ مرة في اليوم من تشنج الشرايين المنضغطة المخنوقة بالوذمة الحليمية . ودليلنا عليه : الحليمة البارزة في قعر العين المنتبجة والاوعية الغارقة في الوذمة الناجمة من ضغط العصب البصري وصعوبة الدوران الراجع .

والسبب في الغالب ورم دماغ خبيث أو سليم أو خراج دماغي ، وكثيراً ما يكون التهاب السحايا المصلي المزمن الزهري المنشأ .

وترافق وذمة نسيج العصب البصري رؤية جيدة . فالقدرة البصرية تبقى طبيعية مدة طويلة . يذكر شالوز (Chaillous) حادثة بقيت فيها الطاقة البصرية بعد ثلاث سنوات من مبدأ ظهور الركود طبيعية ، فنبات الوظائف البصرية هو اذاً القاعدة في انضغاط العصب البصري ، وهذا ما يساعدنا على تمييز الوذمة الالية الصرفة التي تصيب العصب البصري (وهي ما ندرسه هنا) وتنجم من ازدياد توتر المائع الدماغي الشوكي ، عن الوذمة التي ترافق احياناً التهاب العصب البصري او وذمة العصب البصري الالتهابية والفرق بين هاتين الحالتين المرضيتين كالفرق بين وذمة الكعبين الناجمة من ضغط واقع فوقهما والوذمة الالتهابية الناجمة من التهاب الاوعية البلغمية اذاً يبقى العصب البصري مدة طويلة قائماً بوظيفته رغم الضغط الواقع عليه غير انه يأتي يوم يستحيل فيه العصبان البصريان (نقول العصبان لان

الاستحالة تقع في الجانبين وان تكن متفاوتة الشدة) فجأة وسريعاً فتؤدي استحالتها الى العمى المطبق بعد عدة اسابيع وهذا منتهى الخطر لان كثيرين يكونون مصابين بركود حليبي (شخص ركودهم ام لم يشخص) وتظل رؤيتهم جيدة مدة طويلة . ثم انهم يفقدون البصر بعد ايام قلائل فبعد ان درس كالتونه هذه الحوادث وحللها استنتج ان العرض المنذر بالخطر في الركود الحليبي هو اختطافات الرؤيا (obnubilations) الدالة على اختناق الحليمة وهي وحدها كافية للتفكير في الركود .

ويضع كالتونه هذه المعادلة: صداع شديد وخيم + اختطافات رؤية موقته = ركود حليبي . ويتحقق التشخيص بالعناية بالمرأة وبالاعراض الاخرى : بطوئ النبض ، اقياء ، دماغية ، غثيان ، انعكاس الفعل المنعكس العيني القلبي ، دوار ، ولا تبدو هذه الاختطافات في ادوار الركود الابتدائية بل تبدو متى بدأ العصب البصري يتألم من الاختناق وربما اشتدت اشتداداً تدريجياً من يوم لا آخر فيدل هذا ان الدوران المعيص في باطن الجذع العصبي قد انقطع .

فاختطافات الرؤية كبيرة القيمة في الانذار فهي تدل ان العصب بلم الحد الاقصى من الاعاضة الدورانية وانه اذا لم يعالج استحالة سريرة لا شفاء منها ، فهي صوت الاستغاثة الذي يديه العصب والعلامة القاطعة بوجوب التوسط لان كل تأخر ولو ثمانية ايام يعرض الشخص للعمى .

المعالجة : هي تخفيف الضغط بيزل القطن واستخراج المائع وفحصه فحصاً خلويّاً مصلياً وكيميائياً ، وحج الجمجمة (trépanation) بعد التخدير الناحي دون فتح آلام الجافية توسط سليم العاقبة ، واذا كان ورم خبيث ، بقي

متابعاً سيره غير ان الرؤية تبقى سليمة رجعاً من الزمن (عدة اشهر) ، واذا كان الورم سليماً حفظنا الرؤية بتوسطنا واستأصلنا الورم ، واذا كان خراج دماغي يفرغ . او كان التهاب السحايا المصلي الزهري ، وهو كثير الحدوث ، ننجي العصبين البصريين ونحسو الالام الرأسية وسائر التشوشات الاخرى الناتجة من الضغط ريثما تكون المعالجة العامة قد تمكنت من التغلب على العفونة الزهرية



تقويم البشير عن سنة ١٨٢٩

اهدى الينا حضرة الاب لويس معلوف اليسوعي مدير جريدة البشير تقويم هذه الجريدة عن سنة ١٩٢٩ وما ان قلبنا صفحاته وارسلنا النظر في ما استوعبه من المباحث والحقائق حتى ادر كنا مبلغ الجهد الكبير الذي بذله حضرة الاب المشار اليه . في تأليف تقويمه وما عناه من المشقة وما افقه من الاوقات في المطالعات الطويلة التي لا يسد منها في استقاء الحقائق الراهنة وجمع المعلومات القيمة التي يطفح بها هذا التقويم الثمين .
فنشكر للاب المملوف هديته النفيسة وننتهي على همته الكبيرة وعلمه الغزير ونحث كل اديب على اقتناء تقويم البشير .

الاستقصاء في الاحليل

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات، الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يستحسن ان تؤخذ قطرة من مفرز الاحليل وتمدد على صفيحتي زجاج قبل ان يبول المريض وترسل الصفيحتان الى المخبر فتعاین الاولى معاينة مقصودة. والثانية حسب طريقة غرام .

ثم يبول المريض بحضور الطبيب ويفرغ مثانته جيداً في اقداح ثلاثة فينظر الطبيب فيها ويتبدى حيثئذ بمعاينة الاحليل . وتستدعي هذه المعاينة متى كان الطبيب راغباً في ان يجني منها الفوائد المطلوبة بعض المعلومات التشريحية والخلقية (الفسيولوجية) التي يتصف بها هذا المجرى .

يتبدى الاحليل عند عنق المثانة وينتهي عند صماخ البول . وقطعته الاولى فقط بولية وتناسلية في آن واحد منذ الارتفاع الجبلي وهذا يعلل لنا انتشار آفات الاحليل الى جهاز البول (التهاب المثانة) وإلى جهاز التناسل (التهاب البربخ)

ويقسم الاحليل من الوجهة السريرية قسمين احليل امامي واحليل خلفي يفصلهما الصفاق المتوسط والعاصرة المخططة . وهو مؤلف من ثلاث قطع متجهة اتجاهاً مختلفاً .

١ — القطعة الممتدة من المثانة الى حافة وصل العانة السفلي وهي مائلة الى الاسفل والامام وثابتة .

٢ - القطعة الممتدة من حافة الوصل السفلي حتى جذر القضيب . وهي

مائلة الى العالي والامام وثابتة ببعض الثبوت .

٣ - القضيب وهو متحرك ومدلى متى كان مسترخياً .

واجتماع هذه القطع الثلاث يؤولف زاويتين : احدهما مفتوحة في العالي

والامام تحت العانة والثانية مفتوحة في الاسفل والوراء امام البانة او الزاوية

القضيبية . وهذه الزاوية تنفرج متى انتفخ القضيب او في اثناء القشرة حتى انها

تمحى بتأثراً فتعود قطعة القضيب المتحركة في اتجاه قطعة الاحليل الثابتة . وزاوية

ما تحت العانة اثبت من رفيقتها ومدورة ومناسبة للناحية الغشائية ، النقطة الاكثر

ثبوتاً من الاحليل التي يدور عليها محور تقويم الاحليل متى ادخل فيه مسبار معدني .

وتبدل هذه الاتجاهات في الاحليل ممكن الاجراء في احليل سليم

غير انه مستصعب لا بل متعذر في احليل مريض ولا سيما في ضخامة الموثنة

طول الاحليل : يختلف من ١٥ - ١٨ سنتيمتراً وهو يطول مع العمر وفي

ضخامة الموثنة وربما طال كثيراً غير ان قياس الاحليل لا قيمة له في الممارسة لان

القسم المتحرك منه يتحدد متى شد . فيجب ان يعاين الاحليل منطقة منطقة اي

الاحليل الامامي والاحليل الخلفي لا حسب عدد سنتيمتراته .

قطره : ليس واحداً في جميع اقسامه فان فيه متى كان سليماً ثلاثة تضيقات :

١ - الصاخ ٢ - عنق البصلة والقطعة الغشائية ٣ - فوهة المثانة .

وان توسع رتج البصلة الذي يتقدم العنق هو النقطة الاكثر تعرضاً

للطرق الكاذبة لان الالات تخفضها وتلتف بها وهي واقعة في الجدار السفلي

لالاحليل فيجب والحالة هذه ان يبقى القاتنير ملاصقاً للجدار العلوي . والعائق

الاساسي الذي يفوق المسبار عن الدخول هو القطعة الغشائية التي تستحق بان تسمى صمغ الاحليل الخلفي .

وقطر الاحليل العادي المتوسط ١٥ - ١٨ ملمتراً فمتى كان قطر القثائير ٥ ملمترات (اي رقمه ١٥) مرة دون ان يوسع الاحليل وتوقف فقط حذاء الاحليل الغشائي المتعلق انغلاقاً طبيعياً . ومتى كان قطر المسبار ٩ ملمترات مرة ايضاً بسهولة في احليل سليم .

وتبذل مرونة الاحليل تبديلاً شديداً في حالات المرض فلا يتوسع توسعه في حالة السلامة .

وينطوي باطن الاحليل غشاء مخاطي غني بالغدد المخاطية وتحت المخاط (غدد ليتر) وهذه الغدد تفرز في حالة السلامة مخاطاً يبلل اعضاء الاحليل ويسهل تزلقها وهي اول ما يصاب بالالتهاب بعد ان يلهب الاحليل . ويستمر الالتهاب فيها مع انه يزول من اقسام الغشاء المخاطي الاخرى . وتنفث في الرجح ايضاً اقنية غدد كوبر . ويرى في الناحية الموثية على الجدار الخلفي السفلي الارتفاع الجبلي الذي تنفتح في قنته القرنية الموثية والى جانبيها فوهتا القناتين الدافقتين .

ويستند هذا الغشاء المخاطي ككل غشاء مخاطي الى مشيمية تتصف بهذه الخاصة وهي اتصالها بالنسيج الوعائي الكثير المحيط بالاحليل . فينتجم من ذلك ان الغفوة مهما كانت صغيرة تتصف بحرارة عالية او بحمى بولية او بقلغمون وخيم حسبما تكون الذيقانات او الجراثيم خفيفة القوعة او شديديتها .

وجدان الاحليل الجراحي هو الجدار العلوي الذي يترتب على الطيب اتباعه في القثارة اجتناباً للطرق الكاذبة وهو ما يقطع متي كان الاحليل ضيقاً تحاشياً للنزف

لان طبقة النسيج الناعظ فوق الاحليل رقيقة لا يعبأ بها وهو الجدار الاقل نزلاً
مام المسبار الضاغط .

وللاحليل عاصرتان : ١ - عاصرة ملساء وهي حلقة عضلية واقعة عند
اتصال الاحليل بالثانة ٢ - عاصرة مخططة تختلط اليافها السفلى بالصفاق المتوسط
هذه الاحليل الغشائي . وهذه العاصرة هي الحد الفاصل بين الاحليلين الامامي
والخلفي . فاذا قطر احد المحاليل في الاحليل الامامي امام العاصرة عاد الى الصماخ
واما اذا قطر منه خلف العاصرة فلا يعود المحلول الى الصماخ واذا نزع الاحليل
الامامي خرج الدم من الصماخ واما اذا نزع الاحليل الخلفي فينصب الدم في
الثانة . وتنصب مفرزات الاحليل الامامي من الصماخ واما مفرزات الاحليل
الخلفي فلا تخرج الا مع البول او بالة تفتح العاصرة وتفتح هذه العاصرة ابضاً
في اثناء التغوط (السيلان الموثي)

ومتى مست الكرة المستقصية الناحية الغشائية شعر المريض بمضض واما متى
مست الاقسام الاخرى من الاحليل فلا يشعر بهذا المضض .

واننا بعد ان ذكرنا هذه النقاط الخاصة التي لا بد من معرفتها لاتقان
العمل الذي سنكلم عنه نمر الى الكلام عن الاستقصاء

غير انه يحسن بالطبيب قبل ان يدخل مسباره ان يعاين ويحس الصماخ ،
والصفن والخصيين ، والجل المنوي ، والعجان ليتحقق ما اذا لم تكن احدى هذه
النواحي او احد هذه الاعضاء مصاباً بآفات خاصة : سيلان ، تضيق امامي
(phimosi) ، تقرحات ، ناميات ، نواسير ، دوالي الصفن ، انتباجات موضعية ،
تمزق الاحليل والخ . ويجب ان تتحرى ايضاً العقد الاربية (الفئة العليا الانسية)

وان يحس البطن ليعرف ما اذا كانت المثانة ممتدة بالبول لاسر اصاب المريض

فترة الاحليل الاستقصائية : فيم ثلاثة شروط يجب :

١ - ان تكون شبيهة بالمس وان يُعد المسبار كانه اصبع قد ادخلت في الاحليل

٢ - ان تعلم القطعة التي وصلت اليها الالة المستقصية

٣ - ان تترك بالفترة اليدان معاً فاليسرى تجر الاحليل وتبدل اتجاهه

فهي القوة واليد اليمنى تتصف بالنعومة واللفظ للشعور بما تصادفه الآلة في سيرها .

احليل سليم : ان الآلة المعدة للاستقصاء في الاحليل هي المستقصية

الزيتونية الطرف او بالاحرى الهرمية الطرف .

تغسل الحشفة اولاً فالصباح فالاحليل الامامي بالزرقاة او بالمحقنة ليظهر الصباح .

وطريقة ذلك هي : ١ - ان يبول المريض

٢ - ان يكون ضغط السائل خفيفاً فلا ترفع الزرقاة اكثر من متر .

٣ - ان يغسل الاحليل دون اطباق القنية عليه لئلا يرتفع ضغط السائل

فجأة في الاحليل ثم تطبق آونة وتبعد اخرى (ثانية فثانية) فيدخل المائع الاحليل

ويوسعه توسيعاً تدريجياً حتى يبلغ العاصرة ويلامس الغشاء المخاطي جميعه فيغسله

دون ان يحدث اقل ألم .

ويجب ان تكون الادوات جميعها معقمة ويذا الطبيب طاهرتين مغسولتين

بالكحول والشعيرة او مستورتين بقفازين .

ويتبدأ اولاً بزيتونة كبيرة (٢٠ - ٢٤) ولو عرف الطبيب ان الضيق

شديد . ويمسك المسبار باليد اليمنى بعد ثلاثه بالزيت ويمسك القضيب

مشدوداً شداً لطيفاً باليد اليسرى .

وللاستقصاء زمانان : الذهاب والاياب

الذهاب : تدخل الكرة صماخ البول بتحريكها حركة دورانية خفيفة ثم تساق في الاحليل الامامي ببطء دون ان يشعر المريض بشيء ومتى وصلت الى العاصرة الغشائية شعر المريض ببعض الميض ويستحسن ان ينسبه لذلك اذا لم يكن قد تفتت من قبل . ويجب ان يجر القضيب الى العالي جراً شديداً متى بلغت الكرة هذه العاصرة لكي يحمي رتج البصلة . وبعد ان يضغط المسبار قليلاً الاحليل المخاطي ينفج فتدخل الكرة الاحليل الخلفي .

واذا منعها مانع عن الدخول سحبت الكرة بلطف ثم جر القضيب جراً عنيفاً وادخلت ثانية فاذا لم تدخل وجب تبديلها بيايكية كما سنرى . وبعد ان تدخل الكرة الاحليل الخلفي تجتازه دون ان يعوقها عائق وتدخل المثانة دون ان يشعر بمضض او بمقاومة .

ومتى اخرجت الزيتونة علق كعبها بالعاصرة الغشائية فيجب التغلب على هذا المانع فمتى كان الاحليل سليماً لم يجد المسبار المستقصي ما يوقفه غير العاصرة الغشائية . ويجب ان يعلم الطبيب في كل وقت مكان الكرة المستقصية سواء ابجس الاحليل الخارجي في قطعته الاسفنجية او بجس الاحليل او من الشرج متى كانت في الاحليل الخلفي .

ومتى كان الاحليل مريضاً : وجب الامتناع عن الاستقصاء في الالتهابات الحادة ومتى كان البول متعكراً في القدح الاول وصافياً في الثاني ومتى كانت المثانة متوسعة والبول فيها صافياً روعيت في القثرة شروط الطهارة مراعاة دقيقة لان هؤلاء المرضى تتعفن ابواهم بسهولة ووجب اجراؤها بلطف زائد .

فبعد ان تغسل الحشفة غسلاً متقناً يغسل الاحليل الامامي كما ذكرنا آنفاً بالزراعة او المحقنة فالاحليل الخلفي متى كانت حالة المريض تستدعي ذلك . ولا يجوز ان تعامل العاصرة بعنف اذا لم تنفتح لان العنف في امراض جهاز البول مضر اشد الضرر . بل يجب ان يشجع المريض ويدعى الى التنفس العميق والى اجراء حركة كما لو اراد البول فيفتح المريض عاصرته بعض الانفتاح ويمر المحلول .

ويمكننا الاستقصاء بالكرة الزيتونية من معرفة ^١ - مضض الاحليل : ليس في الاحليل مضض متى كان سليماً الا في ناحية العاصرة فمتى كان الاحليل مصاباً بالتهاب مزمن احدثت ملامسة الزيتونة لهالماً خفيفاً او حاداً شبيهاً بالاحتراق ^٢ - حالة جدار الاحليل : مروته العادية او قلة مروته ، تضيقات الاحليل الامامي وما اذا كانت مشدودة وصلبة وتستدعي الاستقصاء بمسبار اذق فادق او شمعات خيطية او اذا كانت خفيفة ورخوة تالية لارتشاحات التهاب الاحليل المزمن وتستدعي استعمال مستقيبات غليظة لتدرك (٢٠ - ٢٤) وما اذا كانت التضيقات عديدة كالسبحة والنهاية المنشأ ومسببة في الغالب عن السيلان او كان التضيق مفرداً صلباً مستعصياً على التوسيع وناجماً من تمزق رضي اصاب الاحليل او من عاهة خلقية (كالاجم والحجب)

والاستقصاء في الاحليل الخلفي ^١ - يجمز به المسبار فيعلو وينخفض بسبب حديدات المونة متى كانت هذه الغدة ضخمة او مسلولة او مصابة بورم وربما وقف المسبار واضطر الى استبداله بآلات مزوأة او معوجة .

^٢ - يحدث الاستقصاء نزفاً في التهابات الاحليل المزمنة وفي التضيقات

غير ان هذا النزف أغزر في ناحية الموثنة لكثرة الاوعية فيها .

٣ - يعيد كعب الزيتونة معه مفرزات مخاطية قيحية .

٤ - يكشف المسبار الاجسام الاجنبية : الحصى .

البانيكية : تستعمل كاداة للاستقصاء متى كان تشنج فمى لم يتوصل الطبيب الى ادخال زيتونة صغيرة ولا شمعة دقيقة مع ان الاحليل الامامي سليم لا تضيق فيه كان عليه ان يعزو الامر الى التشنج فيأخذ بانيكية غليظة يستطيع دخولها في الصماخ والاحليل الامامي ويدخلها ومتى وصلت الى العاصرة تغلبت على تشنجها بثقلها او بعد ان يدفع طرفها الخارجي دفعا لطيفا . فاذا كان هناك تضيق وقفت البانيكية كما وقفت الزيتونة ولم تجتز العائق .

طريقة ادخال البانيكية . يقف الجراح الى يمين الشخص ويمسك بيده اليسرى تضبيب المريض ويده اليمنى البانيكية ولهذا العمل ثلاثة ازمنة :
الزمن الاول : يشد التضبيب نحو الطبيب والى العالي وتدخل البانيكية حتى رتج البصلة .

الزمن الثاني : يعاد التضبيب الى الخط المتوسط حتى يكاد يحاذي جدار البطن باليد اليسرى وتسند اليد اليمنى قبضة البانيكية دون ان تضغطها كأنها تمنعها عن المبوط فتشعر حينئذ ان منقار الالة قد دخل
الزمن الثالث : يخفض التضبيب حتى الفخذين متبعا قبضة الالة ويجوز ان يساعد ادخال البانيكية بسندها قليلا في ناحية العجان او بادخال سبابة اليد اليمنى في المستقيم متى لم تدخل البانيكية دخولا كاملا .

ويجب ان تجرى جميع هذه الاعمال بدون اقل عنف

وتستعمل البانيكية (المستقيمة او المعوجة) ايضا في جس الاحليل ولا سيما في معانة غدد ليزر متى كان الاحليل ملتهبا . ويجب ان تكون البانيكية غليظة ما امكن نعي بذلك ان تختار اغلظ بانيكية يستطيع ادخالها في الصماخ (٤٠ - ٥٠) فتجر اليد اليسرى الفيشلة الى العالي وتدع البانيكية تهبط مدفوعة بثقلها وتجس انفلتا السبابة والابهام اليمنوايان جدار الاحليل على البانيكية . فمتى كان التهاب احليل مزمن شعر بغدد ليزر محتقنة منتبجة كانها حبيبات صلبة معادلة لرأس الدبوس او الحصى الصغيرة ولا تفيد هذه الطريقة للتحرير فقط بل تمرخ هذه الغدد فتخرج محتوياتها فيدعى المريض بعد هذا العمل الى البول ويستحسن ان تكون مثنته قد مئت سائلا فتخرج المفرزات معها ويجمع البول في قدح ويعاين .

غدتا كوبر: هما غدتان يعادل حجمهما حجم اللوزة واقعتان بين النواة العجانية والبصلة تفرزان سائلا معدا لتزليق الاحليل قبل مرور المني فيه . فمتى التهابا ظهر في العجان ورم صغير او ورم جانبيان واذا لم يظهر شيء استطيع جسمهما بين اصبعين بالمس الشرطي . تجس الغدة اليمنى باليد اليمنى واليسرى باليد اليسرى .

وصفة القول ان الامتنعاء في الاحليل يمكن الطبيب من ادخال الشمعة دون ان تصادف اقل عائق فيكون قطر الاحليل عاديا

او انها تجتاز الاحليل الامامي دون اقل عائق غير انها تقف عند رتح البصلة فيكون المانع الذي منعه عن الدخول ضيق او تشنج في الاحليل . فاذا لم يخضع المانع الخفيف وجب اخذ بانيكية لمعرفة ما اذا كان التشنج هو السبب

او ان الزيتونة تقف في الاحليل الامامي فيمنعها عن المرور ضيق وقد يمنعها وان نادراً ورم او حصاة او جسم اجنبي فجنس الاحليل يكفي حينئذ للشعور به او ان الزيتونة تقف في الاحليل ويعرف الامر بالمس الشرجي فيكون سبب وقوفها ضخامة الموثة وقد يكون وان نادراً حصاة او جسماً اجنياً .

اما في المرأة فالاحليل قناة قصيرة طولها ٣٠ - ٤٠ ملمتراً منحنية الى الاسفل والامام تكاد تكون عموداً ، قطرها المتوسط ٧ - ٨ ملمترات

يستدعي الاستقصاء فيه جعل المرأة في الوضعة التناسلية

فييدي النظر شكل الصهاخ ولونه وما اذا كانت هناك اورام او مرجلات او هبوط الغشاء المخاطي او تقرحات او سيلان صديدي . وغير ذلك . ومتى كان سلس في البول يفتش عن فوهة واحدة او اكثر قد انفتحت قرب الصهاخ وكانت متصلة بالحالبين اتصالاً شاذاً .

الجنس : وطريقته ان تدخل السبابة في المهبل وليها الى العالي فتجنس الاحليل بعد ان تستند الى الصفاق المتوسط ووصل العانة فاذا جست السبابة الاحليل ضاغطة اياه من وراء الى الامام وكان فيه سيلان بدت قطرة من الصديد فددت على صفحة زجاجية وعويت معاينة مجهرية . والاحليل السليم لين غير انه في السرطان صلب كالخشب .

وتجرى القنطرة الاستقصائية بمستقصيات مكوفة الطرف . والحذر متى اجري اختبار الاقداح الثلاثة من ان نظن دم الطمث دماً اتيّاً من مسالك البول . اما اعضاء الاحليل فهي من متعلقات الاختصاصي بامراض جهاز البول

الاستقصاء في الموثة (البروستاة)

الموثة هي غدة ملحقة بالاحليل الخلفي غير انها محتصة بالجهاز التناسلي لان السائل الذي تفرزه يمدد المني .

مقرها في الحوضه تحت المثانة وفوق الصفاق العاني المتوسط وخلف وصل العانة وامام المستقيم .

شكلها كشاه البلوط (الكستنة) ورأسها مدار الى الاسفل وقوامها صلب ولها وجه امامي يكاد يكون عموداً ملمس لا اتلام فيه مجاور للمسكن بخلف العانة المحتوي على صفيرة نبتوريني . وجه خلفي او مستقيمي منحرف الى الاسفل والامام وفي وسطه تلم يقسمه الى فصين وفي اعلاه ثلثة تهبه منظر ورقة (الكوبا) ويدخل الحويصلان المنويان والامهران (canaux déferents) هذه الثلثة وامامها بروز يناسب الفص المتوسط الواقع خلف عنق المثانة مباشرة . والقسم المناسب للمثانة خلف الاحليل هو قاعدة الموثة . واما قمة الموثة فمطلومة في الامام وتناسب الفوهة السفلى للاحليل الموثي .

قياساتها : يعادل ارتفاعها في الكهل ٢٥ - ٣٠ ملمتراً وقطرها المعترض ٤٠ ملمتراً وقطرها الامامي الخلفي ٢٠ - ٢.٥ ملمتراً وتحيط بالموثة صفق ومستطالات ليفية تؤلف مسكناً لها .

وحافتها الجانبيتان مناسبتان لرافعات الشرج فالاحليل الخلفي يجتاز اذن الموثة ويؤلف محوره مع محورها العمودي زاوية معادلة لـ ١٥ - ٢٠ ويبقى قسم صغير منها في الامام والقسم الاسامي في الورا . وغدد الاحليل هي

منشأ الاورام الغدية والقناتان الداقتان تنحرفان الى الاسفل والامام سائرتين حتى الارتفاع الجلي حيث تنفتحان الى جانبيه ، والاناييب المفرغة لغدد الموثنة تنصب في اتلام الارتفاع الجلي الجانبية . ويظهر ان لمفرزات الموثنة تأثيراً في النطف (الحيوينات المنوية) لانها بيئة ملائمة لتغذيتها وللالتقاح .

الاستقصاء : يسة تصي في الموثنة ١ - بقشرة الاحليل ٢ - بس المستقيم ٣ - بالجلس اليدوي المزدوج ٤ - بالمستقصية المعدنية ٥ - باضائة الاحليل الخلفي ٦ - باضائة المثانة ٧ - بالرسم الشعاعي ٨ - بالتبريخ ومعاينة السائل المفرز بالمجهر .

١ - قشرة الاحليل : ذكرنا حين كلامنا عن قشرة الاحليل ان الشعور بالحديبات الكائنة في الاحليل الموثني ممكنة ولهذا نتكلم اولاً عن هذه الطريقة في الاستقصاء لانها تأتي بعد الاستقصاء في الاحليل الامامي وما هي في الحقيقة سوى مس الموثنة من الباطن وطريقة اجرائها بالمستقصية الزيتونية الطرف . فبعد ان يمتاز المسبار الاحليل الغشائي يتمكن الطبيب من تخمين طول الاحليل لموثني بدفعه الزيتونة اولاً حتى المثانة وبتعيين النقطة المناسبة لصماخ البول من المسبار المدخل . ثم تجر الزيتونة ببطء حتى العاصرة الغشائية وقبل ان تجتاز الزيتونة هذه العاصرة تعين النقطة المناسبة لصماخ البول على المسبار فيكون الفرق بين هاتين النقطتين معادلاً لطول الموثنة

ويعرف بالكرة ايضاً ما اذا كان الاحليل الموثني مستقيماً او متعرجاً وما اذا كان جداره السفلي مرتفعاً وفيه بعض البارزات الشاذة .
وربما وقفت الزيتونة قبل المثانة وكان مرورها مستحيلاً فيدل ذلك على

أن الاحليل الموثي مزوى تزويًا شديدًا . وكثيراً ما يسبب هذا الاستقصاء
مهماً أجري بلطف بعض النزف فيكون الاحليل سريع التمزق وكثير الاوعية
وربما غارت الكرة في رتج كما يصادف في ضخامة الموثة فيجب في هذه
الحالة تجنب العنف وإخراج المسبار وادخاله حسب اتجاه جديد .

ومتى كان خراج في الموثة وجب الامتناع عن هذا الاستقصاء لانه مؤلم
وخطر . ومتى التهاب الاحليل التهاباً مزمنًا كان اجتياز الاحليل مؤلماً جداً
وهذا دليل على ان الاحليل الخلفي قد اشترك بالتهاب .

ومتى أصيبت الموثة بالسرطان كان اجتياز الاحليل الموثي مؤلماً ومحدثاً
للنزف وهذا العرض مهم يجب ان يضاف الى العلامات المجتناة من مس المستقيم
٢ - مس المستقيم : يمس المستقيم بأصبع قفاز مطلية جيداً بالفازلين وبعد
ان تكون حققت المثانة بمائة وخمسين الى ٢٠٠ سم من الماء المغلى لتكون كنقطة
استناد للأصبع الماسة .

ينوم المريض على ظهره وطرفاه السفليان منعطفان على حوضه وساقاه على
فخذيه ومبعدتان قليلاً . ويجوز ان يقف المريض وجذعه منعطف على طرفيه
السفليين ومنذمره^(١) مستند الى منضدة وتدخل السبابه ولها مدار نحو الموثة فتجتاز
اولاً قناة الشرج حيث تشعر انها منضغطة ثم تصل الى الحبل حيث تعود حرة .

(١) المذمر ترجمة (buste) وقد وضع هذه الكلمة العلامة الاب انتاس ماري
الكرمي ومعناها الكهل والعنق وما حوله الى النفرى فهي تفيد هذا المعنى بكل الافادة
وقد وضع لها حضرة المنوي الشيخ عبد القادر المغربي كلمة سماء ومعناها أعلى الشخص
وسماء كل شيء شئخصه

وتستقصي في المنقار والفصين الجانبين والحافتين والقاعدة والثلمة المتوسطة
فتمت كانت الموثنة سليمة ظهرت بالأس كأنها شاه بلوطة او كورقة (الكوبا)
ورأسها مدار الى الاسفل والفصان الجانبيان بيضيا الشكل قليلا البروز يكونان
تارة كرويين وطورا مسطحين ولا يشعر المريض بمضض متى جسا . وقوام
الموثنة صلب ومرن . غير ان هذه الغدة متى مرضت تبدل شكلها وقوامها ومضضها
الشكل : اما ان يكبر حجم الموثنة وتبرز بروزاً متفاوت الشدة في المستقيم
فتعود كتلة واحدة او ان فصاً واحداً منها يضغط او فصان معاً .
ففي التهابها وخراجاتها مع التهاب محيطها تكون الموثنة كتلة واحدة بارزة
في المستقيم ويكون المس مؤلماً جداً .

ومتى ضخمت (ورم غدي حول الاحليل) كان بروزها نحو المستقيم مختلفاً . فان
الورم الغدي متى كان صغيراً لا يبرز بروزاً واضحاً في المستقيم غير انه يكون عائقاً
من جهة الاحليل وفي بعض الحالات يبرز الورم الغدي نحو المثانة بروزاً شديداً
ولا يكاد يشعر به في المستقيم وطوراً تبرز ضخامة الموثنة نحو المستقيم ويختلف شكلها
والموثنة تضمر ضموراً خلقياً او مكتسباً كما انها تضخم

القوام : متى ضخمت الموثنة كان قوامها جامدا ومتى اصابها سرطان كبر حجمها
وكان قوامها صلباً كالخشب وظهرت فيها حديدات قاسية جدا وكان اتساع الغدة
اكثر من بروزها . وتظهر الصلابة خاصة عند منقار الموثنة . ومتى قدم العهد على
السرطان وتجاوز مسكن الغدة الى النسيج المجاور فارتشع فيه كانت الكتلة الصلبة
شبيهة بالهلل وتقرعها الى العالي وقرناها مداران الى العالي والوحشي نحو جدار الحوض
وتظهر ايضا في السل عقيدات صلبة كروية اكثر مما هي عليه في

السرطان غير انها اقل صلابة ومندفنة في ملء نسيج لا يزال محافظا على قوامه الطبيعي ويشترك في الصلابة الحويصلان المنويان والاسهران في اكثر الاوقات والموتة في التهاب المزمن كبيرة الحجم وصلبة ايضا غير ان صلابتها اقل وضوحا وليس فيها عقيدات كبيرة . واكثر الافات عند قاعدتها لا يفي ذروتها وعدا ذلك فتظهر في الغدة تبدلات متى مست حيناً بعد آخر .
ومتى أصيبت الموتة بالالتهاب المزمن وبالضخامة في آن واحد رأينا خراجات صغيرة (التهاب الموتة المتقيح) او تصلبات صغيرة فكان تمييزها عن سرطان في بدء تكونه مستصعبا للغاية .

المنض : متى كانت الموتة سليمة لا يظهر منض فيها بالجنس ومتى ضخمت او أصيبت بالسرطان لم يكن جسها مولما غير انها متى التهابت كانت مؤلمة وألما مختلف الدرجات منذ الألم الخفيف الذي يشعر به في التهاب الموتة المزمن المتصلب حتى الألم الفائق الحدة في الخراجات .

وعلى الاضبع الماسة ان تفتش عن الحويصلين المنويين فاذا لم تجدهما كانا سليمين .
٣ - الجنس اليدوي المزدوج : يجب إفراغ المثانة واثاممة الشخص على ظهره ووضع وسادة تحت مقعده . ثم يقف الجراح الى يمين المريض ويدخل سبابته اليمنى في المستقيم ويضغط بيده اليسرى جدار البطن واضعا انامل اصابعه فوق العانة فاذا كان الشخص هازلا جست الموتة باليدين وعرف حجمها وبروزها نحو المثانة

٤ - الفحص بالسفينة المعدنية : تدخل هذه الالة كما تدخل الالات المعدنية الاخرى السائرة وربما كان اجتياز الاحليل الموثي مستصعبا متى كانت

ضخامة الموثة شديدة •

لا يجوز ان تخفض قبضة الالة بعنف لئلا يعلق الرتج الموثي بمنقار الالة فيحدث طريقا كاذبا بل يجب ان توضع اليد اليسرى منبسطة على الناحية المعانية وتضغط بشدة الاقسام الرخوة وجذر القضيب فتتخفف المستقصية حينئذ دون ان تمس قبضتها التي تسندها اليد اليمنى وتبقيها على الخط المتوسط شائرة معها دون ان تدفعها بل تكتفي باجراء حركات جانبية قصيرة وديب مسهلة دخول المنقار •

فاذا لم تشر هذه الحركات وجب الامتناع عن العنف ورفع المستقصية الى العالي واجراء الحركات ثانية كالمره السابقة •

واذا كرر العمل مرات متتابعة ولم يفلح ادخلت السبابة اليمنى في المستقيم لمساعدة المسبار في دخوله بدفع المنقار نحو الجدار العلوي للاحليل بينا اليد اليسرى تدفع المسبار وتخفض قبضته •

وربما خابت جميع هذه الاجراءات ودعت الجراح الى ترك القثرة المعدنية جانبيا وتحضير الاحليل بوضع مسبار ثابت فيه الى جلسة قادمة •

واخراج المسبار المعدني من المثانة يستدعي بعض الاحتياطات فيجب ان تجر الالة اولاً نحو الطيب دون ان يدل اتجاهها حتى يأتي منقارها ويصطدم بالعتق فتتفرع قبضة المسبار حينئذ ليدور المنقار حول العانة •

ولا يفيدنا المسبار المعدني في معرفة شكل الاحليل الموثي فقط بل في معرفة بروز الموثة في المثانة ايضا • ومتى وصلت المستقصية الى المثانة وجرت حتى لا يمس منقارها العنق وكان هذا المنقار مداراً الى العالي كان تحريرها الى

كل الاتجاهات مستطاعاً دون اقل عائق . فتمت كانت الموثة ضخمة وكانت بارزة في المثانة صادفت المستقصية عائناً متى أُدريت الى الاسفل ولم تكن هذه الحركة مستطاعة دون ان تدفع الالة الى العمق . ويستطاع قياس هذا البروز بالطريقة الآتية: يدار منقار المستقصية الى الاسفل ويجر المسبار حتى يصطدم ، اصطداماً حقيقياً بالموثة وتعين على المسبار النقطة المناسبة للصماخ . ثم يدور المنقار الى العالى ويجر حتى يلامس شفة العنق الامامية وتعين ايضاً النقطة المناسبة للصماخ فيكون الفرق بين النقطتين المعينتين على المسبار معادلاً لمساحة البروز في المثانة .

ويحوز ان يشرك مس المستقيم مع القنطرة المعدنية . فتمت كانت الموثة مصابة بسرطان وكان الورم مبتدئاً جست الاصبع المدخلة بالمستقيم بينها وبين القناتير المعدني تصلبات قد بدأت بالتكون في الموثة ولا سيما حذاء المنقار .

٥ - عصر الموثة بالتمرّخ: اذا رغبت في جمع مفرز موثي لمعاينته معاينة تسجية جرثومية كان علينا ان ندعو المريض اولاً الى البول ثم نغسل احليله ومثانته غسلاً غزيراً لكي ننقي الاحليل من الادران العالقة به وغلاً المثانة بماء مغلى او محلول حمض كيانوس الزئبق الخفيف ونجعل المريض في وضعة مس المستقيم وندخل السبابة ونعصر بها الغدة فينصب منها سائل يبدو في الصماخ فيجمع على صفيحة مباشرة او ندعو المريض الى افراغ مثانته من الماء الذي يملأها ونجمعه في قرح ثم يتخذ هذا السائل ويعاين الرسوب .

٦ - اضاءة الاحليل: تمكنا من معرفة آفات الاحليل الموثي دون ان توقفنا

على حالة الموثة نفسها .

٧ — اضاءة الماثنة : تمكننا من معرفة التبدلات التي طرأت على عنق الماثنة متى ضخمت الموثنة لان هذه الغدة لا تحدث متى كانت سليمة اقل بروز او تبدل في عنق الماثنة .

ومتى كان الحويصلان المنويان سبب استمرار الالتهاب وكان لا بد من تحريرهما والاستقصاء فيهما يعاينان ١ — بمس المستقيم ٢ — باضاءة الاحليل فيفتش عن الحويصلين فوق الموثنة وهما لا يجسان متى كانا سليمين فاذا شعر بهما كانا ملتهبين (بسيلان او بسيل) او متوسعين لعائق واقع على مسير القناتين الدافقتين .
واما اضاءة الاحليل فتبدي لنا ان فوهتي القناتين الدافقتين ظاهرتان على الارتفاع الجبلي وهما لا تظهرا ن متى كان هذان الحويصلان سليمين وتبدوان متى التهابا الا اذا اخفاها الالتهاب .

ان تبدلات فوهتي القناتين الدافقتين هي دليل على حالة الحويصلين المنويين كما ان تبدلات فوهتي الحالبيين دليل على آفات الكليتين
٨ — رسم الموثنة : تستعمل في حالتين :

أ — في ضخامة الموثنة : يبدي لنا الرسم الشعاعي بعد الحقن بمادة ظليلة :
تبدل ارض الماثنة ببروز الموثنة

التبدلات الثانوية : التوسع ، الرتوج

ارتفاع المادة الظليلة حتى الحالبيين الامر الدال على توسعهما .

ب — في حصة الموثنة : غير انه يصعب ان يعين مقر هذه الحصى التي تبدو بالرسم بعد ملأ الماثنة بمحلول ظليل فاذا وقعت اللطخات تحت ساحة الماثنة كان مرجعها الى الموثنة .

اسباب كشف اللب

وطرق استئصاله

للحكيم

نجمه ابراهيم الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحاتها - دمشق

ذكرت في مقال سابق اهمية السن وصيانة حياته من خطر النخر العميق وأبنت طريقة معالجته والحفاظة عليه . واذكر الان الاسباب التي نفذي الى كشفه والمؤثرات التي تضطرنا الى استئصاله .

يكشف لب السن بعاملين مؤثرين احدهما مرضي ناتبي من امتداد النخر واجتيازه لمنطقة اللب وسببه اهلال المريض والثاني رضي يتلوعارضا فجائيا كانهكسار تاج احدى الاسنان بصدمة اصابته فكشفت لب السن . وهناك عارض اخر سببه حديثو العهد في ممارسة طب الاسنان او الدجالون الذين يجهلون ما هو عليه جدار اللب من الرقة متى كان النخر عميقا فيكشفون اللب حين جرف المواد المتسوسة بالمخاراف الكلييلة في اثناء الحفر بسنايل مستعملة فتزلق من ايديهم وتفتح اللب فيذهب ضحية الاهمال او الجهل .

وقد يحدث احيانا ان قطرة من القيق تظهر في حفرة السن حين انتزاع طبقات العاج المتنخرة سببها دخول بعض الجراثيم المقيحة من طبقات العاج لباطن اللب فتفتح حينئذ حجيرة اللب متي ظهرت هذه القطرة حذرا من

انحباس الصديد ويجب غسل هذه الحفرة ومكان القيح بمحلول كلور السوده الجراحي الفاتر وتجهيفها والحشو بمزيج الدكتور بست (Best) المركب من التوتيا والماغنيزيا ومسحوق نتراة الفضة والأوجينول الذي ذكرناه في المقال السابق حين كلامنا عن تغطية اللب ، ونترك الحشوة (٢٤) او (٤٨) ساعة ثم ننزع وتفحص الحفرة فاذا كان قيح فيها غسلت ثانية وسدت كالمرّة السابقة .
ويعتني اعتناء شديداً حين فتج الحفرة لمعاينتها ثم تغسل بآبرة رفيعة معوجة واذا لم يظهر قيح مطلقاً تختم الحفرة كما مرّ آنفاً ويصلح الاطباق وتريح السن بعد حشوها بضعة اسابيع ثم تحشى حشوة ثانية .

ولا بد لطبيب الاسنان من ابداء حكم جازم في مثل هذه الحالات فاما ان يحفظ اللب ويغطيه وهذا العمل مقرون بالنجاح غالباً متى كان الشخص قوي البنية لان قوة دفاعه تساعد على نجاح العملية وسلامة اللب . واما ان يستأصله متى تحقق ان كل امل في حياته قد انقطع فيلجأ الى احدى الوسائل التي يتمكن بها من انتزاعه بدون ادنى ألم وازعاج للمريض فيدراً بعمله هذا كثيراً من العوارض كالاحتقان والالتهاب والتخريش التي قد تعقب تغطية اللب ولا سيما في ضعفاء البنية وينجي مريضه من آلام حادة قلما يقوى على احتمالها .

والادوية المستعملة لهذه الغاية كثيرة العدد وكان افضلها حمض الزرنكخ الثلاثي (arsenic trioxid) على ان استعمال المخدرات قد راج كثيراً في ايامنا حتى رجح على سواه . ولكل منها مميزات ومواقع خاصة علينا قبل كل شيء ان نمتنع عن استعمال السموم الهلوية (protoplasmie poisons) في اتلاف

المب كيف لا وقد ثبت من درس قمة جذور الاسنان درساً شريحياً ان انتزاع جميع النسيج العضوي من عمق الاقنية متعذر فلا يجوز ان تضر الادوية بالنسيج الباقي في قسم القناة الاصلية التي اوفي جميع فروعها القمة . واما طرق الاستئصال المتبعة فاليكها

(١) (طريقة الاماتة (Devitalisation))

هي الطريقة التي يختارها حديثو العهد بالممارسة في استئصال الالاب الحية لانها تدع لهم الفرصة الكافية لنزع الالاب ورفع بقاياها . ويستعملها التلامذة المبتدئون مدة ريثما يتعودون سرعة العمل في انتزاع الالاب ثم يعدلون عن استعمالها ويتحولون الى اتباع اسرع طريقة وافضلها وهي طريقة التبييض الموضعي . يمت اللب بالزرنبيخ حيث لا يستطيع منع اللعاب عن ساحة العملية وتنظيفها تنظيفاً جيداً ومحاذيره انه متى ترك في السن مدة تزيد عن مدته القانونية يتعدى تأثيره المميت ما وراء الثقب القمي للجذر فيلحق ضرراً جسيماً بالنسيج المحيط وهذا ما يخاف وقوعه طبيب الأسنان

ومعاجين الزرنبيخ عديدة ومختلفة النسب حسب سن المريض والمدة التي يراد تركها بها في باطن السن . ان اطباء الالمان لا يالون يستعملون اكثر الاحيان طريقة الاماتة بالزرنبيخ بمعاجين كالحبوب مختلفة الالوان ولكل لون منها مدة خاصة للتأثير . واما الامر بكان فقد قللوا من استعمال الزرنبيخ واستبدلوه بالمحدرات .

ومتى استعمل الزرنبيخ يجب ان يسد عليه سداً محكماً لثلاثي في خارج السن ايضاً ويتلف النسيج المحيط به كاللثة والغشاء الملاطي .

التبنيج الایصالي^(١) (Conductive anesthesia)

يستعمل هذا النوع في استئصال الالباب الملتببة التهاباً خفيفاً وفي احتقان اللب في الاسنان المتعددة الجذور . ويرجع على غيره في حالات كهذه لانه يخفف الالم بسرعة متى كان اللب ملتهباً . فالكظرين (épinephrine) في المحلول المخدر البروكائين يقبض اوعية الناحية ويوقف نزف الدم او المصل بعد استئصال اللب ويمكن الطبيب من حشو القناة بسرعة ويستعمل التخدير الناحي في الارحية والضواحك السفلى اي عند دخول عصب الفك الاسفل في القناة وفي الاسنان الامامية السفلى واسنان قوس الفك العلوي . يستعمل التخدير ارتشاحا بحقن سطوح الشفتين والخدين فوق قمم جذور الاسنان بالسائل المخدر الذي يرشح في باطن السمحاق فستمتد مكعب واحد من محلول البروكائين الخمسيني كاف للتخدير ويدوفعل المخدر بعد الحقن به بخمس الى عشر دقائق وينتهي بعد ثلاثين دقيقة ولاير التعفن بهذه الطريقة من باطن القناة الى النسيج حول القمة بل يقف بفضل الكظرين القابض للاوعية الموجود في المحلول المخدر . فاذا استعمل التلامذة هذه الطريقة يتحاشون الحاق الضرر الكبير بالنسج حول القمة خلافا لسواها من الطرق الاخرى وحوادث حشو القناة المتجاوز اقل وقوعا في هذا النوع من سواء

وقلما تبدي الاسنان المعالجة بهذه الطريقة عوارض التهابية في الغشاء الملاطي او اضطرابات اخرى سواها .

(١) من مقال الدكتور بوتربوغ (Puterbough) في مجلة J. A. D. A.

(٣) التبييض بالضغط^(١) (Pressure anesthesia)

هو ارقام احد المحاليل المخدرة تخديرا موضعيا على تبطن نسيج السن المراد تبييضها بالضغط .

كان يستعمل بعض اطباء الاسنان محلول كلورمائية الكوكاين على ان هذا المحلول متى كانت نسبته ٠.٥ او اكثر يسمم الهيولى ويكون سبب التغيرات المرتدة التي تعقب استئصال اللب وليس فيه مادة قابضة للاوعية كما في محلول البروكاين الذي يستعمله الدكتور بوتربوغ (Puterbough)

يستعمل هذا النوع من التخدير في الاسنان المعرضة للخطر والتي لم يطرأ عليها تشوشات مرضية سيئة . ويجوز ان يستعملها من زوال ازالة الباب الاسنان كثيرا لانه يتسنى له استئصال اللب في زمن التخدير القصير ولا يجوز للتلميذ الحديث الثمرن على ازالة الالباب السنية ان يستعمل التخدير بالضغط ولا سيما في الاسنان المتعددة الجذور ما لم يمارس اجراءها كثيرا في الاسنان الوحيدة الجذر ويعتاد عملها بالسهولة والسرعة التامتين لان مدة التخدير لا تطول اكثر من بضع دقائق وقبل موعد اجراء هذه العملية توضع في حفرة السن قطعة قطن مبللة بمحلول الفنول المركب المؤلف من سعتول (تيمول) (٢٦٦) غرام ونعنعول (مثول) (١٠٣) وفنول (١٢٠) ميليتر . وتترك اربعم وعشرين ساعة قبل التخدير بالضغط فقد ثبت اخيرا ان وضع هذا المركب قبل اجراء هذا النوع من التخدير يفيد في تقليل الحالات التي قد يحدث فيها عدم تكس في النسيج حول القمة حسب ما اظهرته الاشعة الكهربائية ويشترط

(١) من مقال الدكتور (بلاينيه : J. R. Blainey)

ان تكون السن المراد استئصال لها بهذا الطريقة نظيفة نظافة شديدة لئلا يدخل بالضغط بعض العضويات الصغيرة العفنة الاقنية فتعفنها وتشوشها فتحقيقا للنظافة يجب اولا استعمال الحاجز الصمغي الذي يقي السن الاعاب وذلك في جميع الحالات التي يمكن وضعه بها ، هذا اذا كانت حفر التسويس في السطوح اللقمية واما اذا كانت في السطوح الامامية اللقمية او الحلفية اللقمية فيبنى جدار السن المفقود بقطعة من الطبرخي او بقليل من الاسمنت وكل ذلك منعا لدخول الاعاب . واما في الحالات التي يتعذر ضبط الحاجز الصمغي بها فتفضل ازالة اللب بطريق الامانة لانه لا يجوز استعمال طريقة التخدير بالضغط ما لم تتوفر جميع شروط الطهارة فاذا فقد شرط منها فسدت العملية .

وفي الموعد الثاني للمريض نفسه يشرع باجراء العملية : تنزع جميع المواد المتسخرة ويوضع المحلول المخدر المستعمل من محلول البروكاين المشبع المصنوع من محلول كلورور الصود يوم الخليقي (الفسبولوجي) . وبعد استعمال الآلات باعثناء يجب الانتباه لئلا يصل المحلول الى النسيج حول القمة ويستأصل اللب بابر شائكة ومنظفات خاصة لقناة اللب . ثم تطوف القناة بحامض الكبريت الفينيكلي لحل نسج اللب الباقية التي عجزت الابر الشائكة عن انتزاعها ، ويجب الانتناء التام لئلا يندفع هذا الحامض من ثقب قمة الجذر : ثم يعزل الحامض بامتصاص الزائد منه بأقماع من الورق المطهر بمحلول ثنائي فحماء الصوده العشري وتغسل بماء معقم وتجفف القناة بكحول واقامع من الورق المطهر والهواء الحار . ومتى وثقنا بجفاف باطن القناة حشوناها في الحال . واذا بقي الدم أو المصل ظاهرا في قمة الجذر توضع الاقنية بالاوكلينول ويسمح للمريض بالتغيب (٤-٥) ايام ثم تجفف القناة في الجلسة التي تليها وتحشي الاقنية

النهضة اللغوية

في

المعهد الطبي العربي

للسيد مسلم القاسمي طالب طب (دمشق)

إذا كانت النهضة تقاس بما ولدته من الاثر الجليل بين الافراد ، جاز لنا ان نحكم ان النهضة اللغوية العلمية التي قام بها المعهد الطبي لها ذلك الأثر الخالد الذي يستحق ان يسجل له بمداد الشكر ابد الدهر .

لست اعني ان النهضة قد اقتصرت على معهدنا الطبي ، لا ، بل قد تناولت في خارجه منذ أمد بعيد فروع العلوم والفنون الاخرى وهي تسير بمراحل لا تقل عن المراحل التي اجتازها المعهد ، ولعل الباعث الوحيد لانصراف هؤلاء المصلحين للعمل حب خدمة اللغة واحياؤها ، هذا الباعث الذي حملهم على متابعة الجد ومواصلة البحث ليل نهار ، لا يكونون ولا يملون يخرجون من ثمرات الاجداد ما يكفل لهم القيام باكثر حاجاتهم اللغوية ، على الوجه الذي يرتضيه كل من تذوق اللغة واطلع على دقائقها وعمق النظر في اسرارها .

والمعهد الطبي هذا ، هو المعهد العربي الوحيد في سائر الاقطار العربية الذي يخدم اللغة برباطة جأش وطول اناة ، اذ منذ تأسس عربياً حتى الآن ما برح يخدم اللغة بين نبش المصطلحات القديمة التي اخني عليها الدهر ، الى تعريب الالفاظ العلمية التي لم يعرفها العرب بل كانت من متوجات القرن العشرين ، الى النحت والاشتقاق وغير ذلك من الجهود الشاقة التي تتطلب في الافراد

توقد الهمم وشد العزائم والانتقطاع التام للعمل انقطاعاً قلما يصبر على مضضه الا المصلحون المتفانون بنهضة اللغة والاخذ بناصر الامة .
وقد يستطير قلبنا فرحاً عندما نرى هذه النهضة المباركة تنتشر في ارجاء المعاهد والنوادي لعلمنا انه ما من نهضة علمية كانت او اجتماعية - مهما اخذ الافراد بسهم وافر منها - لا تلبث ان تنهار اركانها، ويغشاها الغفاء اذا لم تشيد على دعائم اللغة الصحيحة .

هذا ولم يعهد بعد ان قامت نهضة موطدة الأسس تسير تبعاً لناموس النشوء والارتقاء الا وكان لغة فيها اليد الطولى . ولسنا نريد ان نأتي على الادلاء بصحة ما نقول ، اذ التاريخ شاهد عدل يحمل الينا شتي البراهين التي تؤيد ما كان لغة من الاثر البين والمقام الاول في امر حيوي .

وبعد ، فهذه شذرات لغوية كنت اغثر عليها حين مطالعتي واحفظها في مجموعتي والان اضعها على بساط النقد ليرى العلماء والاطباء رأيهم فيها ويمحصوها من وجهتها العلمية اذ كما لا يخفى ان الحقيقة بنت البحث .

١

١ : (العرزين) « عرزين الانف ما صلب من عظمه » ، ويستعمل علماء التشريح في مقامها « العظام المخصوصة للانف » تعريفاً للتركيب الافرنجي « os propre du nez » . وقد ورد في معجم اللغة غير العرينين في هذا المعنى وفي غيره وقد آثرنا هذه الكلمة لانفرادها فيه . وفي استعمال العرينين نكون قد خطونا

نحو الإيجاز والفصيح الرصين من كلام العرب .

٢ : (التَّفْأَحْتَان) : « رُوَّس الفخذ في الوركين » وهي مرادفة للكرمة .

٣ : (الوَرَّة) : « عَصْبَة تحت اللسان » وهي ما يسمونه اليوم لجام اللسان

تعريباً لـ (frein de la langue) وقد خرجوا في هذا التعريب خروجاً كبيراً

عن الصمد إذ اللجام للداابة فقط وفيها من سهولة اللفظ والاستعمال ما لا ينكر .

٤ : (الحَرَج) : « خشب يحمل فيه الموتى ، أو سرير يحمل عليه المريض

أو الميت » وهي مقابل كلمة (brancard أو civière) ، وتدور على ألسنة العامة

في هذه الآونة لفظة « سدية » وهي دخيلة تركية المصدر ، ولكن لفظة الحرج

هذه تغنيانا عن استعمال « السدية » وما شاكلها من الدخيل على اللغة ، وقد

اقترح أحد علماء اللغة أن تستعمل « المحفّة » في هذا الموضوع ولكن لم يرد في

معناها ما يدل على المقصود ابداً إذ ذكر عنها أنها « مركب للنساء كالهودج » وهنا

يتراءى للباحث مقدار هذا الخطأ الفادح

٥ : (الشَّعْشَاع) : « الظل غير الكثيف ، وهو الذي لم يظلك كله ففيه

فرج » وهي تلائم تماماً لشبه الظل المعربة عن لفظة : (pénombre) وفيها ما في

غيرها من الجزالة والفصاحة .

٦ : (العِفَاص) : « غلاف القارورة وهو الجلد الذي يلبس رأسها كأنه

الوعاء لها ، وأما الذي يدخل في فيه فهو الصمام . » وقد عربت لفظة

(capuchon) بالقلنسوة وهي كلمة حسنة لكن في استعمالها التباساً كبيراً إذ

وضعت لكثير من المدلولات كقلنسوة الخمر وغيره . وفي استعمال « العفاص »

ما يكفيننا موثقة بهذا التباس .

٧ : (الطباطبة) ، « خشبة عريضة ياعب بها بالكرة » ويقول العلماء اليوم في هذا المعنى « مضرب التنس » ترجمة (raquette) وهذا التعريب يعتبره الخطأ الظاهر إذ الاداة تضرب بها الطابة لا « التنس » وكان الأخلق بهم إذا ارادوا التعريب الصحيح ان يقولوا « مضرب الطابة » والعرب تستعمل الطباطبة فيجب والحالة هذه استعمالها حياً لها .

٨ : (المُدُق) : « بضمّتين ما يدق به » (pilon) ما برح البعض يستعمل « يد الهاون » وغيرها من التراكيب غير الفصيحة التي يجب ان تضرب صفحاً عنها .
٩ : (محزوق) : ومن الكلمات التي سرت عليها الاسنة خطأ قولهم « انبوب مختنق ، ودورق مختنق الخ . . . » اشارة الى ضيق فيهما ، والصواب في ذلك « انبوب محزوق ، ودورق محزوق الخ . . » اذ ورد ما حرفه : « ابريق محزوق العنق ضيقها » . ومن هنا يظلم مبلغ الخطأ في استعمال « مختنق » التي لا تفيد هذا المعنى ابداً ، على انهم لو قالوا « مختنق » لكان اقرب الى الصحيح من مختنق لانها الاهيف كما ورد .

١٠ : (الحوجلة) : جاء في معناها « القارورة العظيمة الاسفل » ولعلمها اقرب شكل الى ما يسميه كيمايو عصرنا بالفيول (fiole) تلك القارورة المخروطة الشكل الواسعة القعر التي تستعمل لاجراء بعض التحليلات الكيماوية .
١١ : (الحمى النائية) : هي التي تأتي كل يوم مقابل (fièvre quotidienne)

١٢ : (الحمى الغب) : ما تأخذ يوماً وتدع يوماً مقابل (fièvre tierce)

١٣ : (الحمى الربع) : ان تأخذ يوماً وتدع يومين ثم تجيء في اليوم

الربع اي مقابل (f. quarte) .

مقتطفات حديثة

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

فون اكينومو (Von Economo): النوم: ان البحث عن التهاب الدماغ النومي ادى الى تفصيلات حديثة عن النوم الطبيعي . وقد سعى المؤلفون الى كشف اسباب الموت ومركزه في الجملة العصبية ويعتقد المؤلف ان مركز النوم قسمان الاول واقع في قاعدة جدار البطين الثالث الجانبي والثاني مستقر في جدار البطين الثالث الخلفي وفي الرجا ما بين السويقات وفي القناة وان عمل هذين المركزين المنتظم يضمن حالتي اليقظة والنوم .

ليس النوم حادثة بسيطة تجلي بتغير حالة اليقظة بل هي حادثة عويصة تشترك فيها جميع الاعضاء كل بدوره . ولا تبدل اثناء النوم حالات الحركات والتنفس والمضم والفكر بل كمية الكلس والسكر وحالة الغدد الداخلية والخارجية الافراغ . يستنتج من ذلك ان اليقظة والنوم حادثتان حيويتان مختلفتان تناوبان تناوبا منتظما في مجموع الوظائف العضوية الودية والارادية والروحية .

اما العوامل المنظمة لهاتين الحادثتين فلا يزال امرهما سراً من اسرار العلوم الحيوية ويعتقد هيس (Hess) ان تناوب النوم واليقظة ناجم من تناوب جملتين وديتين . وان للجملة العصبية في هذا الامر دخلاً عظيماً وان حاصلات التطور تتعب الجملة العصبية المركزية فتسبب

النوم الذي يعيد الى الاعضاء نشاطها . ويعتقد اكنومو ان نشاط مركز النوم يساعد على تنظيم وظائف الاعضاء المختلفة التي تبدلت لعبها فنام كل منها بدوره فانه فينهي النوم قشرة الدماغ عن العمل فيزول الفكر وينظم المراكز الودية وتعصد التقصيات الكيميائية الحديثة هذا الرأي .

اسراع القلب في طلاب المدارس

تزرنر (D. Tezner) : لاحظ تزرنر ان اسراع القلب كثير الوقوع في الطلاب وان بعض العيل والاطباء يضطربون من ذلك ظناً منهم ان هنالك مرضاً عصبياً او بنوياً او غيره محدثاً لهذا الاسراع فيصفون في مداواته ادوية مختلفة وينعون الولد عن كل ما من شأنه ارهاقه وتعبه كأن الولد مصاب بتصلب الشرايين . درس تزرنر اثنين وسبعين مريضاً فاستنتج ان هذه الحادثة خلقية وتكثر كلما كان الطفل احدث وهي ليست ناجمة من مرض قلبي كما اظهرت ذلك المخططات القلبية ولا من آفات سلية لان التفاعل السليني سلبي ولا من اضطراب الغدة الدرقية ولا من بنية عصبية وقد يبلغ عدد النضات ١١٠ - ١٢٠ في الدقيقة . والافضل الا تعالج هذه الاسراعات بل تترك وشأنها فتخف ثم تزول .

مفكرة في الطب العملي

الجناب المصلي الليفي الحاد

١ - يستريح المريض في سريره او فراشه راحة مطلقة ويجب ان تكون حرارة الغرفة بين ١٦ - ١٨ ومهواة جيداً . يجتنب الغبار وجريبات الهواء . يثبت المريض ما امكن ولا يتحرك الا قليلاً .

٢ - يحمى في البدء الا عن السوائل : اللبن ، مرق الخضرا ، حساء ، واذا لم يحتمل اللبن فلا بأس من ابداله بلبن خائر . يشرب المريض في كل يوم زجاجة ماء افين (Evian) بعد ان يحل فيها ٦٠ غراماً من سكر اللبن .

ومتى بدأت الحمى بالهبوط أضيفت الاطعمة الاتية ، ارز مع الحليب حساء ارز ، مع بيض مضروب باللبن ،

ومتى اصبحت الحرارة طبيعية حمى المريض حمية فيها لبن وخضر : مدقوق البطاطا ، ارز ، معقدات ، فواكه ثم يضاف الى ذلك بعد مدة وجيزة عصير اللحم فاللحم النضر . ويجب ان تقلل كمية الملح في اطعمة المريض

٣ - يغسل الفم مراراً بماء قلوي

٤ - يتجرع المريض برشانة فيها ٥٠ ، ١٠٠ سبرين تسكيناً لآلم الجنب

٥ - تحجم النقطة الموجعة باربع حجومات مدمة ويحجم باقي الصدر بحجومات جافة . واذا لوحظ ان آلم الجنب لا يزال كررت الحجومات الجافة

٦ - اذا كانت الحرارة شديدة جداً وكان آلم الجنب شديداً وقد صاحب ذلك احتقان رئوي وجب وضع لبخ بزر ككتان مخردل او لف الصدر برفادات رطبة حارة اربع مرات في خلال ساعتين في يوم واحد على ان تغطى

الرفادات بمشمع .

٧ - اذا ظل ألم الجنب شديداً على الرغم من ذلك كلة جاز حقن النقطة الموءلة ب ٠٠٠١ مورفين او غيره من المسكنات وذلك تحت الجلد
٨ - واذا اعتري المريض سعال متعب تجرع اربع الى خمس

حبات في كل منها خلاصة الافون ٠٠٠١
خلاصة الداتورا ٠٠٠٠

٩ - يجب الانتباه لحالة الامعاء فاذا اعتري المريض قبض وجنب حقنة او وضع شياف من الغليسرين في شرجه

ويعطى كل يومين او ثلاثة ايام مرة ملعقتين الى ثلاث ملاعق زيت الخروع او ملعقة قهوة من المغنيزيا المكلسة او ٠٠٤٠ من الزئبق الحلو (calomel)
١٠ - ويوصف في الانسكابات الغزيرة العنيدة مقادير كبيرة من كلورور الكاسيوم (على ان يحذف اثناء ذلك كل ما فيه صوديوم وان تكون معدة المريض جيدة)

كلورور الكاسيوم ٤٥ غراماً
ماء ١٥٠ غراماً

في كل ملعقة قهوة من هذا المحلول غرام ونصف غرام كلورور الكاسيوم فيعطى المريض ١٠ ملاعق قهوة في كل يوم واذا بقيت الحمى مرتفعة في اليوم الثالث زيد المقدار حتى خمسة عشر ملعقة قهوة . تمدد ملعقة العلاج بلبن او قهوة او ماء

واذا اشمأز المريض من كلورور الكاسيوم اعطي هذا المركب :

كلورور الكلسيوم	{	من كل ٣٠ غراماً
نشا		٢٠ غراماً

مقدار كاف لجعل الشراب ١٠٠ غرام شراب الليمون

تحتوي كل ملعقة قهوة من هذا العلاج ١٦٥ كلورور الكلسيوم
يثابر على استعمال الكلورور مدة ستة أيام . ثم يترك العلاج بضعة أيام
على ان يستعمل مرة ثانية اذا لم يتم الشفاء
استطبابات البزل : أ- الانسكابات الغزيرة المتزايدة بسرعة متى ازدادت
كميتها عن لتر ونصف لتر

ب- الانسكابات التي تبقى وتستمر بعد انقضاء ثلاثة اسابيع على
عهد المرض .

ج- الانسكابات التي احدثت اضطرابات وظيفية زائدة (ازرقاق او
شحوب لون الوجه) ، صغر النبض واسراعه ، التللمل ، الميل الى الاغماء
في دور النقه : متى زال الانسكاب جاز للمريض ان يخرج من فراشه على
ان تنقضي خمسة ايام لا تعلو في خلالها الحرارة . ثم يغذى المريض تغذية جيدة
ويفرك في كل يوم صباحاً ومساءً فركاً جافاً بسوائل كحولية ويعطى فوسفات
الكلس وعفصاً وزرنيخاً وكظرينا ويبدل الهواء فيذهب الى الجبال .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٢٩ م . الموافق لشعبان سنة ١٣٤٧ هـ

خراجات الكبد الزحارية الناقصة الاعراض

ومداواتها الطبية الجراحية

بقلم الحكيم بور

جراح المستشفيات العسكرية

ومحاضر في معهد الطب الفرنسي في بيروت

ترجمها الحكيم شوكة موفق الشطي

ليست غایتنا في هذه المقالة الامام باطراف داء المتحولات الكبدي بل قصدنا التنبيه لبعض نقاط خاصة منه ولا سيما تشخيص اشكال الكبادات (التهابات الكبد) القيصية الخفيفة وطرق مداواتها الحاضرة وقد جمعنا مشاهداتنا الثماني التي جئنا على ملخصها بين جنود جيش الشرق وهم خليط من الغربيين والشرقيين فبدنا لنا ان خراج الكبد نادر بيد ان الزحار يكاد يكون مرضاً بلدياً فقد عولج في المستشفيات منذ سنة ١٩٢٤ حتى سنة ١٩٢٧ ١٦١٧٦ شخصاً مصابين بالزحار ولم يصب منهم بكباد قيصي الا ٥٦ مريضاً ولم نعتز بين المرضى الذين تولينا معالجتهم على اكثر من ست حالات كباد قيصي في ٦٢٣ مريضاً

دخلوا مستشفىنا خلال سنوات ثلاث

وكان تشخيص الحوادث التي صادفناها صعباً لان الاعراض كانت خفيفة وقد عالج أكثرهم عدة اطباء في مستويات صحية مختلفة . وادخلوا المستشفى لاصابتهم بأفات مرافقة كذات القصبات او حمى مجهولة السبب او اعراض معدية معوية . فالتشخيص المبكر مستصعب اذن . وقد تراءى لنا بعد ان رأينا جراحة الكبد قد سارت في دور رقي محسوس ان نبدي الاراء الآتية :

١

اعراض الكبد القوي المتحولي ونشخصه المبكر

لا نبحت هنا عن المجامع الصديدية التي تبدو بعلامات اساسية لا مجال للشك فيها : مجامع متموجة أخذة بالمجرة ، علامات سريرية وشعاعية ومخبرية كاملة او مريض مدنف في حشاه عدة مجامع قيحية ، بل عن الاعراض في دور الاحتقان القريب من دور النقيح اذ يكون التشخيص مستصعباً . ان احتقان الكبد كثير الوقوع في الشرق ومنهما يشفى بمعالجة دوائية او بعد بزل استقصائي ولكن هل هذا الاحتقان متحولي دائماً وهل يستطيع تمييزه عن ضخامة الكبد البردائية او الناجمة من تسمم الدم ؟

اما العلامات في هذا الدور فهي : اما ان يكون المريض قد اصيب سابقاً بزحار او لم يصب به أو يكون قد اصيب به فعولج او اهملت مداواته او جهل مرضه . وفي كل حال تبدو الكبد بالمعاينة ضخمة لا نقاط مؤلمة واضحة فيها . وليس ألم الكتف واضحاً دائماً بل ربما شك المريض نخساً في الورك لا مقرر واضح له .

والألم عفوي في بعض الاحيان ومحدث في الغالب وهو عادة منتشر والنقاط الحاذية مؤلمة

الرسم الشعاعي : تبدو به الكبد وقد ازدادت جميع اقطارها . وليس الطحال ضخماً في الزحار وليس لحرارة صفات ثابتة فقد تبدو مرتفعة في بدء المداوة العرضية ٣٨٤٥ - ٣٩ . وما ضخامة الكبد الا ضخامة سمية منشأها المعى او البرداء ولكنها تمتاز في الزحار المتحولي بان الطحال لا يشترك معها بالضخامة .

واشتراك الزحار بالبرداء كثير الوقوع ايضاً وهو يشوش منحني الحرارة فيصعب تفسيره اذ تبقى الحرارة في فواصل النوب مرتفعة وترقص بين ٣٧٤٥ - ٣٧٤٨ - ٣٨ - ٣٨٤٥ - ٣٩

فيتساءل الطبيب متى شعر المريض بنخس كبدي عما اذا كان سببه البرداء ام الزحار المتحولي

ويجب التفكير في الزحار اذا استمر الألم والضخامة في الفواصل التي لا نوب فيها (غرل Grall) . واذا كانت البرداء وداء المتحولات مشتركين فلا يحل الشك ولا يشخص المرض الا باستعمال الكيتين والامتين اما الاشعة والبزل فلا يفيدان شيئاً

على ان البزل قد يأتينا بقيح لم يجتمع بعد ويخرج متى تكرر دماً ويكفي ذلك في بعض الاحيان لحفض حرارة المريض وتحسين الحالة الموضعية . الا ان اشراك الامتين بالبزل لا يدع مجالاً لمعرفة ما يعود الى الزحار او تسمم الدم . وقد استتج ان تكرار البزل يفيد بعض الكبدات الاحتقانية ولو لم يخرج قيحاً .

لا يثبت البزل الاصابة بداء المتحولات ولو اشترك بالأميتين بل يبدل على ان القيق لم يجتمع بعد واث الأميتين يشفي في هذا الدور القريب من الاحتقان بعض الكبدات لان موت المتحولات يمنع الكبد عن الموات اما اذا كانت ضخامة الكبد مستقرة في فص او في قسم معين من الكبد وكان الألم واضحاً والحرارة مرتفعة ارتفاعاً قليلاً ومستمرّاً والكريات البيضاء في الدم مزداة فيجب الافتكار بان الصامة الطفيلية آخذة باماته ملحمة (برنسيم) الكبد المجاورة . تعمل المتحولات عملها في الكبد بافساد الخلايا واحداث موات موضعي (دوبر Dopter) ولكن هل تستطيع معرفة هذا الدور استناداً الى السريريات بوسائط المخبر .

يقول فالاسابولو وبتر يديس ان تظاهر هذا الموات الموضعي بمظهر حاد او خفيف ممكن ، فاذا كان حاداً اتصف بألم شديد يظهر في زمن تحسنه وكان بدؤه راعياً (خراجات روجه الصاعقة «fulminant») بعرواء وجسامة الكبد وارتفاع الحرارة ارتفاعاً شبيهاً بنوب البرداء مع نafض في البدء ، وألم في الكتف ، والناحية الشرسوفية وتحت الضلع وخزرة فكل هذا دليل على نقيح الكبد نقيحاً حاداً ثم لا يلبث الخراج ان يتكون بعد وقت قليل فتبدو علامات موضعية دالة عليه : ألم حاد شديد ارتفاع الحرارة ، ازدياد الكريات البيضاء ، ايجابية الاستقصاء الشعاعي . ثم يجتمع القيق بعد مدّة وجيزة فيسهل التشخيص اما غايتها فهي الكلام عن الاشكال المغفلة التي يصعب تشخيصها وتسهل معالجتها الجراحية (فونتن Fontan)

فالسوابق الزحارية في هذه الحالة مجهولة او لا اثر لها . يشكو المريض

اضطرابات عامة مهمة ونحولاً وحى خفيفة . وقد يشعر ببعض آفات جنبيه
رئوية كما في المشاهدين الاولى والثانية

وربما يكشف الطبيب آفات مستقرة في الرئة اليمنى وغشائها الجنبي
(المشاهدة الثانية) وهذه الاضطرابات شديدة في الخراجات المستقرة في قبة الكبد
وربما التبس خراج الكبد بالتهابات المرارة المنقيحة التي تكون علاماتها
الموضعية قليلة الوضوح وتظهر في اثناء هجوع انتان حاد (المشاهدة الخامسة)
ان الخراجات التي تكلمنا عنها حتى الآن هي ما تكونت خلصةً وهي استقرار
التقيح في بدئه وقبل ان يهجر ذلك المكان ويبدو في مكان ثانٍ وهناك شكل
آخر نرغب في الكلام عنه لان معالجته الجراحية الحاضرة بالحياطة بعد الشق
مباشرة ونجاح هذه الطريقة كما اثبت عدد من المؤلفين يدعوانا الى ذلك . نعي
به الخراجات المتكيسة او الخراجات الثالية (résiduels) اللاجرثومية
(المشاهدتان ١ و ٤)

يدخل هؤلاء المرضى المستشفى عادة ويصرفون فيه مدة طويلة دون ان
تجبه الانظار الى اكبادهم ثم يشخص مرضهم فنجد حين اجراء العملية (ولاسيما
في مريض المشاهدة الاولى) قشرة كثيفة صلبة فيها صديد كثيف ابيض
مصفى لا تبكشف فيه بالتحريات المخبرية الا انقراض خلايا كبدية مستحيلة
وكريات بيضاء كثيرة النوى ولا ترى جراثيم . واعضاد جوف الخراج في
هذه الحالة مسطحة لا زغب متموجة فيها ولا هي مغطاة بالطبقة التي تشبه
بساطاً من الاشنيات البحرية او جلد الزواحف (كلش Chlesch) . فما هذا
الخراج الا خراج قديم متكيس « ميت » (كلاراك « Clarac ») او خراج ثالي

وتشفى هذه الخراجات عفواً وقد عرفها رويس «Rouiss» ولفرن «Laveran» وآسلي وذكر عنها منذ عهد قريب روجر «Rogers» عشر حوادث وغيد «Gaide» ودوترولو «Dutrouleau» ثلاث حادثات مشابهة لحادثة بلوكن «Peloquin» التي تم فيها شفاء المريض بحفنه بالامتين وقد تحقق ذلك جراحياً الحوادث المذكورة . وانا للأسف لان البزل في حادثة بلوكن لم يجر في دور التقيح والا لكانت مشاهدته حقيقة علمية ناصعة . وليست هذه الخراجات المتكيسة القديمة اللاجراثومية نادرة . فهي تعلق النجاح الذي يلاقه الجراحون في شفاء الخراجات بالخطاة البدئية وسنعود الى الكلام عن هذه النقطة .

فمتى كانت الخراجة بدئية وصغيرة الحجم وناقصة الاعراض وتكيست او اخذت بالتكيس كان تشخيصها صعباً واذا اضفنا الى ذلك الخراجات الواقعة في محل يصعب كشفه بالمعاينة السريرية او الشعاعية او البزل «خراج قبة الكبد ، وخراج وجهها السفلي» فهما ان بعض الخراجات يعمض امرها على الرغم من جميع التقصيات ولا تبدو للجراح حتى بعد فتح البطن «بتريديس» فان السريريات لا تدلنا دلالة واضحة على مقر الخراجات الخفية الناقصة الاعراض وعددها .

أجل كان يعتقد المؤلفون القدماء ان النقاط المؤلمة علامة مفيدة يعلقون عليها اهمية كبيرة .

فان الخراجات المجاورة لغشاء الجنب تمتاز بنخس قطني وباعراض جانبية رئوية . وخراجات الفص الايمن الجسيمة تنصف بالآلام يشبهونها بالحالة «bretelle» ، وبآلم الكتف المنتشع الى الوجه الوحشي من العضد .

وبعض الخراجات الواقعة في حافة الفص الأيمن الامامية تتصف بألم شرسوفي قد يلتبس بالتهاب المرارة «المشاهدة الرابعة» وتمتاز الخراجات الخلفية بالحزرة والخراجات الامامية بنخس الورب وتبدو في خراجات الفص الايسر اضطرابات معدية وألم شرسوفي واعراض نامورية في بعض الاحيان . ولكن هل تشخيص الخراجات العديدة تشخيصاً سريريّاً مستطاع ؟ ان ذلك صعب جداً . ويستدل عليها باستمرار الاعراض المرضية بعد افراغ الخراج الاول وصعود الحرارة واصابة المريض سابقاً بزحار مواتي واستمرار نقص الايوزينيات «hypoéosinophilie» «بترديدس»

ويستعان عدا العلامات السريرية المذكورة توصلًا للتشخيص بفحص الدم والتفسرة والفحص بالاشعة والزل .

أ - فحص الدم : في التفحيع تزداد الكريات البيضاء ولا سيما الكثيرات النوى (غرل «Grall») وتنقص الايوزينيات في الغالب على زعم المؤلفين اليونانيين في الاسكندرية ولكن يجب الانتباه في هذه الحالة لاشتراك الزحار بتعفن جرثومي . وهكذا فقد يزداد عدد الكريات البيضاء الكثيرات النوى في التفحيحات الحادة حتى تبلغ نسبتها ٨٠ في المائة او اكثر من ذلك وقد تهبط الى اقل من ٧٠ في المائة في التفحيحات المزمنة (روجر «Rogers») وكما ان زيادة الكريات البيضاء الكثيرة النوى تدل على انتان جرثومي فان ازدياد الكريات البيضاء الوحيدة النوى دليل على الانتانات الطفيلية كما في البرداء ب - التفسرة : اجراها عدد من المؤلفين (الجه «Léger» وبرتزان «Bertrand»

وايفل وباركر) . غير انه لا يستتج من ابحاثهم ما يساعد على التشخيص .

وقد ذكر الحكيم خوري من الاسكندرية ان البولة تنقص في البول وانها تزداد بعد افراغ القيج . وحامض البول يزداد عادة وصفراوين البول ونيلته تبدو ان فيه ولا يظهر في خراجات الكبد سكر في البول
ج - الفحص بالاشعة : لا يجوز اهماله .

نذكر هنا النقاط المهمة وهي : فحص قبة الكبد الجنبية اليمنى ، حركة الحاجز ، حالة الجيب الحاجزي . ويجب في بعض الاحيان نفخ المعدة وحيثا الكولون توصلاً الى فحص حافة الكبد السفلى .

والتشخيص المميز في بدء المرض صعب . ويصعب ايضاً تمييز الاعضاء المجاورة بعضها عن بعض ، المرارة ، الكلى ، اورام الكولون . الخ .

ذ - البزل : لا يزال البزل اهم واسطة للاستقصاء في خراج الكبد وتعيين موقعه « غير ان كوت » Cotte « وشيفوليو » Chifolieu « وبرسو » Bressot « حاربوا هذه الطريقة وحاولوا الخط من قيمتها فقد اجروا ٢٠ بزلاً قبل ان يتوصلوا الى كشف الخراج واجرى زانكارول » Zankarol « من الاسكندرية ١٦ بزلاً ثم ١٨ ثم فتح البطن دون ان يتوصل الى كشف الخراج واخيراً بدا له حين فتح الجثة ان الخراج مستقر على وجه الكبد السفلي بين العمود الفقري والكلى اليمنى .

وقد ذكر فورونوف (Voronof) في مؤتمرها القاهرة المنعقد عام ١٩٠٢ ان البزل خال من الخطر على ان جراحي الاسكندرية ينسبون اليه بضعة عوارض (زانكارول وبيترديس) وقد قال كنو (Qnenu) عن البزل انه خطر ولا يركن اليه دائماً . وكان برسو من محبذي البزل غير انه تركه

وعده خطراً الا متى اجري بعد فتح البطن . فالبزل حسب اراء هؤلاء المؤلفين آلة خطيرة .

على اننا نعتقد ان البزل واسطة استقصاء جيدة وقد يكون واسطة شفاء حسنة متى اجري بحذر وفي المناطق السليمة التي وصفها رونو (Renault) ودونو .

وقد تصادف احوال سيئة سببها وخز عرق رئوي او نزف كبدي ناجم من ملحمة الكبد المضطربة (برداء)

بزلنا جميع مرضانا دون اقل عارض . واعتدنا في عيادتنا الخارجية فتح البطن للاستقصاء فيه اذا بدا البزل سليماً مراراً عديدة . وقد رأينا في امكنسة البزل ندباً نجمية بيضية اكثرها ملتصق بالخلب الجداري .

تلك هي وسائط التشخيص التي نملكها لنكشف خراجات الكبد الناقصة الأعراض ، خراج كبدي صغير ، خفي ، متكيس واننا نختصر ذلك فيما يلي : فحص سريري وتشخيص مميز لالتهاب الكبد البردائي عن التهاب الكبد المتحولي او السمي في دور الخراج ، تشخيص المقر والسبب (التهاب المرارة الكيس المائي : المشاهدتان الرابعة والخامسة) وسائط المخبر ، التفسرة ، الفحص بالاشعة ، البزل .

واذا خابت هذه الوسائط كلها وجب فتح البطن والاستقصاء فيه (شاليه Chaliar) او الاستقصاء حسب طريقة بترديدس (خزع الحجاب الحاجز والجنب polypleuro-diaphragmotomie) . ويعود الحكم الى رأي الجراح الذي يشير عليه بمطالعة كتاب بترديدس اذا كان يريثب في الاستزادة .

٢ مداواة التهابات الكبد المتحولية المتقيحة

لسنا في عهد فوتن القائل بأن (بضع خراجات الكبد اسهل من تشخيصها)
 فقد اصبح عمل الجراحة طفيفاً بعد كشف روجه طريقة المداواة بالامتين .
 وقد اصبحت خراجات الكبد ، خراجاتها الحارة نادرة ، في الشرق ،
 ولم نعد نشاهد بفضل معالجة الزحار بالامتين الا فيما ندر خراجات تشخص
 تشخيصاً باكرآ في مرضى عولجوا بالامتين او خراجات ثمانية متكيسة .
 وان السؤال الدائر الآن على الالسنه في الاندية الطبية وهو : هل يشفي
 الامتين وحده خراج الكبد ، اخذ يتضح امره .

يقول بوترووروسل (Botreau Roussel) ان الامتين لا يشفي وحده الجامع
 الصديدي ويقول ان الحوادث المعلقة لم يخرج بها بزل الكبد صديداً ولم تكن الافة
 فيها سوى التهاب كبدي متحولي شفاه الامتين . ويظهر ان شوارتس (Schwartz)
 الذي قرأ في جمعية الجراحة مشاهدة بديعة لبوترووروسل (ثلاثة توسطات
 جراحية افتتح ثنائي خراجات كبدية في مريض واحد) لا يشاركه في هذا الرأي
 ونكرر القول ايضاً ان البزل لا يجري في كثير من الحالات « شوفار » وقد ذكر
 بلوكن ودبوجول « Despujols » مشاهدة مفيدة كان المريض فيها مصاباً بزحار
 وفي فص كبده الايسر ورم ظن انه خراج كبدي متحولي فعولج بالامتين
 فتحسن وصغر غير انه لم يمج تماماً ولم يزل الخراج ثم ان المريض الحـ باجراء عملية
 جراحية ففتح بطنه وظهر ان الورم قد تحول الى نسيج ندبي ولم تبد فيه جراثيم ولا
 متجولات فالمرضى كان مصاباً بزحار والورم كان خراجاً كبدياً واننا لانأسف لان
 البزل لم يجر في الوقت المناسب والا لكانت هذه المشاهدة دليلاً قاطعاً على ان شفاء

خراجات الكبد بالامتين ممكن ويجب ان نذكر في زمرة الخراجات التي شفيت بالامتين الحالات التي افرغ القيح فيها عفواً الى الخارج لاتصال موقت بين الكبد والقصبات وقد قدم شوفار مثالا على ذلك مشاهدة الى المحفى الطبي سنة ١٩١٣ وذكّر توفيه « Tuffier » ودوبتر « Dopter » وبورون « Pauron » وبروس « Beros » وجوبار « Jobare » وفندوفر « Vendœuvre » حادثات من هذا النوع الا ان القيح افرغ في جميع هذه الحوادث الى الخارج ولم يغر بتأثير الامتين وحده وقد ذكر هرتن كبل « Hartman - Keppel » ثمانى حادثات شفيت بالامتين وحده ، منها اثنتان شفيتا على اثر انفراغ القيح من القصبات وواحدة من المعى وقد نكس الخراج في حالتين فعولجتا معالجة جراحية . (جمعية الجراحة ١٣ - ٢ - ١٩٢٣) وصفوة القول ان الامتين لا يكفي وحده في معالجة خراج كبد جسيم قد اشتركت الجراثيم في احداثه دون ان يكون قيحه قد انفرغ وانه يكفي في شفاء خراجات هاجرة انفرغ صديدها عفواً بطريق القصبات او الى الخارج . ولكننا نعتقد ان الامتين يجهض الخراج في بعض الحالات اذ تكون العضوية شديدة المقاومة ، ويمنع عن التكون متى استعمل في الزمن السابق له او انه يتوصل الى احداث تكيس متى كان الخراج صغيراً وخالياً من الجراثيم باماتمه المتحولات وتنبهه العضوية للدفاع فالامتين يشفي اذن التهابات الكبد المتحولية لا خراجاتها

٣ - المعالجة الجراحية

نذكر هذا البحث بايجاز . فقدت عملية سترومير ليتل (Stromeyer, Little) كثيراً من قيمتها وعادتها بزلاً بسيطاً مفرغاً حسب رأي بعض المؤلفين غير انها اتسعت حسب البعض الاخر حتى انهم اضحوا يجرونها تولدلاً الى

جس الكبد بين اليدين وذلك بالطريق خلال الحاجز والجنب (بتر يدس) او بعد فتح البطن (شاليه) .

ولست هذه الطرق مستحسنة الا متى وجدت عدة خراجات تصعب معالجتها (هارتمن ، كبل ، نيل ، لوا ، لاكاز)

و يستطاع شق الخراج بالطريقين البطني والصدرى شقاً واسعاً ولكن هل هذان الطريقان واجبان ولا مندوحة عنهما دائماً ؟

اننا سعينا جهداً منذ سنت سنوات في المشاهدات الاخيرة التي نذكرها هنا الى تصغير الشق ما امكنا وحذف الأحافض سريعاً لابل سعينا الى اجراء الخياطة البدئية في الخراجات التي لا جراثيم فيها او في الخراجات المتكيسة (المشاهدة الاولى)

وقد شفينا مرضانا بعد ١ - ٤٠ يوماً وكان ينضب الافراز عادة في اليوم الخامس عشر وينزع الاحفوض الثاني بعد عشرة ايام ويثابر على مداواة بالأميتين وقد توصلنا مع كوت وشيفوليو وكونستانيني واوبري وروينو ودلبه ولوفوف وبرسو الى الخياطة البدئية في بعض خراجات الكبد وقد ظهر من التمحيص ان هذه الحادئات هي خراجات طاهرة لا جراثيم فيها وانها في الغالب ثنائية ذات قيح ازرق او ابيض في مرضى عولج زحارهم بالأميتين فأما العوامل المرضية . وقد عاد اليوم عمل الجراح بسيطاً وتحسنت نسبة الشفاء بفضل الأمتين فبلغ المعدل ٨٤ في المائة .

وقد وجه هذا النجاح المستند الى طرق جراحية بسيطة افكار روجه الى افراغ القيح المجتمع بالنزل وقد اتبع طريقته جراحو الشرق الأقصى . ولم

يرغب الجراحون الفرنسيون في هذه الطريقة على ان شوفار ودوبتر وبراو ودوماس ذكروا فوائدھا . ويشير روجه بافراغ القيح استئشاقاً وحقن الجوف به ستغرامات امتين محمولة في ٤٠ سم ماء وقد تفيد هذه الطريقة في بعض المجامع العميقة المستقرة التي يسهل الوصول اليها بالمبزل .

وذكر فور بوليو (Faure - Beaulieu) حديثاً حادثة خراج مستقر في الفص الأيسر شفي بعد افراغ القيح والمعالجة بالامتين وكان الخراج صغيراً وقيحه عقيماً .

الاستنتاجات

ان تمييز الكبد المتحولي صعب في البدء اي في دور الاحتقان او الدور السابق للتقيح ولا سيما عن البرداء الحادة او المزمنة .

يحكم بوجود الخراج استناداً الى الفحص السريري والعلامات الطبيعية وفحص الدم والتفسرة ويكشف المقر بالاشعة والمبزل .

ولا يخزع البطن الا في الحالات الغامضة متى كانت الاعراض خفيفة والعلامات الطبيعية مفقودة والتباين في لاعراض عظيماً لا يمكن ابضاحه .

ومتى كان المجمع القيحي كبيراً وفيه جراثيم وجب افراغ القيح والاستئصاء في الجيب بمحذر (المخرجات العديدة) ولا حاجة الى التجريف . ويقلل وضع الأخافض ما امكن ويداوى بالامتين مداواة شديدة ويحقن جيب الخراج به ايضاً . فاذا كان القيح المفرغ ابيض مصفراً وكثيفاً كالمصطكى وجب الاقتكار في خراج طاهر قد شفي والسعي الى اجراء خياطة بدئية بعسد تنظيف الجيب وخياطة جدره بعضها ببعض وخياطة طبقات جدار البطن المتتابعة .

ومتى شك في الامر وضع مسبار ثلاثون وحقن محلول الامتين به ونزع القاثاير بعد ٤٨ ساعة

واما البزل فتعالج به المجامع الصغيرة العميقة المستقرة في مكان محدود يسهل الوصول اليه .

ويجب في جميع الحالات ان يداوى بالامتين والزرنيخ وتراقب جراثيم مع المريض مجهرياً مراقبة جدية

الملاحظات

المشاهدة الاولى: جندي سنغالي مريض منذ شهر ادخل المستشفى لم يصب سابقاً بزحار بل باسهال يشكو حمى خفيفة . كبده ضخمة متجاوزة لحافة الاضلاع يشعر بألم تحت الضلوع . رئته وجنبه سليان . عدد برازه اثنان يومياً وفيه متحولات .

بزل في الورب العاشر من الامام فكان البزل ايجابياً . شق الورب شقاً يبلغ طوله ١٠ سنتمترات فبدت التصاقات جنبية حاجزية

وكان الخراج محدوداً بكيس ليفي كثيف تبلغ ثخاناته سنتمترين فيه قيح . كثيف كالمصطكى تبلغ كميته ٥٠٠ غرام والجيب واضحاً لا ارادب فيه وضع قاثاير في الجيب وخط الجرح والحجاب الحاجز ثم خيط الجلد وحقن في الجيب ٠٠٤ من الامتين يومين متوالين فشفى المريض بعد عشرة ايام وكان القيح مكوناً من نسيج كبدي مستحيل وكريات بيضاء كثيرة النوى مستحيلة ولم ترفيه جراثيم

المشاهدة الثانية: جزائري آت من سورية الداخلية ادخل المستشفى

لاصابته باحتقان غشاء الجنب في القاعدة اليمنى ، الكبد ضخمة جداً ، ألم في الجنب والورب العاشر ، البزل ايجابي ، حالة المريض العامة سيئة ، الفحص بالأشعة : كبد ضخمة ، العلامات في غشاء الجنب الحاجزي الأيمن شديدة ، الجيب مملوء كثيف . اعراض جناب في القاعدة ، بضع بسرعة خزع غشاء جنبه ونشرت ضلعه العاشر وافرغ من الصدر لترا قيح كبدي ، حفظ الجرح وعولج المريض بالامتين - مات في اليوم الخامس عشر . ولم تجر فحوص مخبرية المشاهدة الثالثة : ب . فرنسي ليس في سوابقه شي ، مصاب بخراج كبدي واقع في الوجه الخلفي ، غشاء الجنب حر نشرت الضلع الثامنة وافرغ لترا قيح لون بعضه اصفر صريحا ولون البعض الاخر كالشوكولاته وضع احفوضان عولج المريض بالامتين شفي في ثلاثين يوماً .

المشاهدة الرابعة : ك . سوري استشفى لنحوه ، مصاب بذات القصبات حالته العامة سيئة ، يشكو حمى خفيفة ، كبده جسيمة ، العلامات الموضعية : خفيفة ، العلامات الرئوية مفقودة ، كان البزل السادس ايجابيا ، خرج قيح ضارب الى الزرقة آت من خراج عميق في الفص الأيمن ، غشاء الجنب حر ، نشرت الضلع السادسة من الوراء ، فكان في غشاء الجنب حواجز ، افرغ من الخراج ٦٠٠ غرام قيح ، الكبد سهلة التحرق تنزف بغزارة ، لم تكن الخياطة مستطاعة شفي المريض في ٤٧ يوماً . وكانت الكبد تنزف نزفاً غزيراً وقد كشفت في القيح خلايا كبدية مستحيلة وكرات بيضاء كثيرة النوى متلفة ولم تر جراثيم .

المشاهدة الخامسة : فرنسي ادخل للمستشفى تحت المشاهدة كان يشكو علامات

غامضة تدل على احتقان في القاعدتين وقد شخص انه مصاب بمجمع صديدي واقع تحت الكبد او التهاب المرارة المتقيح ، ليس في برازه قيح . خزع البطن خزعاً استقصائياً فبدت المرارة مصابة بالتهاب ، فحص القيح فبدت فيه عصيات نظيرة التيفية (ب) ، شفي بعد خزع المرارة بشهر .

المشاهدة السادسة : جزائري . اتى من سورية الداخلية لاصابته بالتهاب المرارة ، يشكو علامات مجمع صديدي في الفص الكبدي الأيسر ، وجد بعد البضع مصاباً بكيس مائي متقيح مستقر في الفص الأيسر ، كان القيح عقيماً وشفي المريض في شهر واحد .

المشاهدة السابعة : فرنسي دخل المستشفى وكان مصاباً بالتهاب الكبد المتحولي لا تدل سوابقه على شيء . وجد في كبده خراج مستقر في العالي والامام وكان في الملمتر المكعب من دمه ١٤٠٠٠ كرية بيضاء على الأقل ، حرارته مرتفعة ، اظهر البحث بالاشعة ان في غشائه الجنبى التصاقات عديدة ، نشرت الضلع الثامنة أجري شق متسع وحفض الخراج فانفرغ ٥٠٠ غرام قيح كالشوكولاته شفي المريض في شهرين

المشاهدة الثامنة : الماني من الفرقة الاجنبية ، قدم من الجزائر ، سوابقه غامضة حرارته ليست مرتفعة مصاب بخراج مجهول آخذ بالهجرة نحو البطن وقد فرق الخراج العضلات المستقيمة في الحُط المتوسط وكشف اثناء معانيته قبل العودة الى وطنه فشق الخراج ودك وخيط الجلد بعد ان وضع احفوض صغير فيه وحقن وریده بالأمتين (١٢، ١٠) شفي في خمسة عشر يوماً والتحق بفرقه ثم أجريت له عملية ثانية لاصابته بخروج البطن . غير ان الخراج لم ينكس

المؤتمر الفرنسي الجراحي السابع والثلاثون

ملخص بقلم الحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمة الحكيم مرشد خاطر

افتتح هذا المؤتمر الجراحي في مدرج المعهد الطبي بباريس في السابع من تشرين الاول المنصرم وكان عدد المشتركين به كثيراً حتى ان القاعة كانت تعج بهم عجباً . وكان يرأس هذه الحفلة الافتتاحية الحكيم رومير مستوصف باستور اقراراً بما لعلم الجرايم من الفضل على الجراحة والى جانبه الاستاذ غوسه جراح مستشفى سلبتيار ، ورئيس المؤتمر وعدد عديد من الشخصيات البارزة نذكر منهم الموسيو كافليه مدير التعليم العالي والجنرال غورو حاكم باريس العسكري الذي عرفه السوريون .

بدأ الكلام الاستاذ غوسه اولاً فحيا بضع عبارات صفق لها المستمعون كثيراً الحكيم رومير وهو الحلي الاخير من مؤازري باستور العظيم ، ورحب بالاجانب الكثيري العدد في هذه السنة وعاد الى معالجة موضوعه الاساسي وعنوانه « ضرورة تنظيم الشعب الجراحية » فقال : شوشت الحزب نظام الشعب الجراحية ربحاً من الزمن فوجب علينا ان نعيد اليها نظامها ونرجع اليها رجالها ومعداتها . غير انها املت علينا امثلة مفيدة وهي الجمع بين اختصاصي الشعب المتنوعة . فاننا لا نزال نذكر حتى الان تلك المراكز الجراحية الكبيرة المجهزة احسن تجهيز حيث كان الجراحون والاطباء والعلماء يعملون ليلاً نهاراً والوثام يخيم على عملهم وراء غاية واحدة وهي تخفيف وطأة الآلام عن البشرية المتألمة

واعادة ذلك المحرك البشري الى نظامه بعد ان طرأ عليه الخلل . وكان يجدر بنا بعد ان تقلص ظل الحرب وتحققنا بانفسنا فائدة ذلك التضامن ان نبقي عليه ولا نسمح بانفراط عقده بل كان يليق بنا ان نقطف ثمرة ذلك الاختبار ونتلذذ بطعمها في زمن السلم . طغي الجراح فذهب الى استعادة عمله منفرداً مع ان عليه ان يسعى الى تأليف هذه المراكز الجراحية الكبرى التي فيها من الاطباء الداخليين، وبعض الاطباء المخدرين ، ومشرح مرضي قادر يوضع دقائق على فحص القطع التي يهد اليه بها في سياق العمليات ، واشعاعي يستقصي في ناحية العملية ويغايين جهاززي التنفس والدوران ، وعالم مخبري يوقف الجراح على حالة الدم وينقله متى احتيج اليه ، وعالم خلقي «فسيولوجي» اذا امكن ، ويجب علاوة على هذا كله ان يدمج بشعبة الجراحة هذه مخبر للجراحة الاختبارية .

ويرى غوسه ان يكون عدد من الجراحين في شعبة واحدة فيها بضع مئات من الاسرة ليقوموا مشتركين بعمل يصعب على الفرد القيام به .

ثم نهض الحكيم رو وقال اذا كنت قد خولت الشرف فرئت مؤتمر الجراحة هذا فما ذلك لاستحقاق اراه في بل لاني غرسة من غرسات ذلك المحسن الكبير الى البشرية جمعاء فكأنني بالمؤتمرين وقد رغبتوا في تكريم باستور فوجدوا حياً شاطره العمل فكرموه فكان كلامه مؤثراً محرراً للعواطف وما ان انتهى حتي دوت القاعة بالتصفيق الشديد اقراراً بفضل هذا النابغة العامل الذي أدى الى البشرية عدداً لا يحصى من الاعمال المفيدة .

ثم بدأ المحاضرون بالقاء تقاريرهم وكان الموضوع الاول «التائج البعيدة

لمعالجة قرحة الاثني عشري الجراحية « وقد عالج هذا الموضوع دكتور من ليون
واو كنزيك من باريس .

وهذه هي النتائج التي استنتجها المؤلفان :

ليست القروح الاثني عشرية والمعدية ولا سيما الاثني عشرية سوى تأثير
مرض عام « مرض مقرح » قد استقر في ناحية البواب ولا يزال سببه مجهولاً
فالعمليات التي توجه اليه لا تعد عمليات شافية لانها لا توجه الى السبب المحدث
بل هي عمليات ملطفة ، فتي لم تتمر المعالجة الدوائية بعد ان تكون قد اتبعت مدة
طويلة يجب الالتجاء الى المعالجة الجراحية لانها في يومنا خير الوسائل في شفاء
القرحة مهما كان سببها كيمياوياً او عفناً او غذائياً ، ومهما كان دور سيرها
ولانها افضل طريقة في اجتناب العراقل الخطرة : النزف والانتقاب ، فلو كانت
القرحة ناشئة كما يقول بعض المؤلفين من اختلال توازن الجهاز المنبت
« système végétatif » ومن فعل الجهاز التائه الودي المؤذي لكان قطع خيوط
الرئوي المعدي المعدية الذي وصفه لترجه وورثمير افضل واسطة للشفاء لانه
يقوم الوظيفة مع ابقائه على سطح المعدة ، غير ان الجدل على قيمة هذه النظرية
لا يزال مفتوحاً لقلة الاحصاءات فلا يستطيع والحالة هذه ان تستنتج منها نظرية
يعتمد عليها .

اما فعل محتويات المعدة المؤذي فأثبت فهو يعلل لنا النتائج الحسنة التي
تجزم من تحويل مجرى هذه العصارة بالمفاغرة المعدية المعوية ووقاية القرحة من
التخرش وما ظهور قرحة هضمية على الفوهة الحديثة في بعض الاوقات الادليل
على فعل عصارة المعدة المؤذي مهما كانت الطريقة الجراحية المتبعة . فليس هذا

الداء اذن اثني عشرياً ولا صائماً بل معدياً : وهذا ما حدا ببعض الجراحين في السنوات الاخيرة الى استئصال قطعة كبيرة من المعدة في معالجة القرحة املاً بحذف جميع الغدد المفرزة للحامض الكلوريديك .

ومهما يكن الامر ومهما تكن العمليات الثانوية التي يقترح اجراؤها فالجراحون منقسمون الآن فئتين : فئة تختار التحويل بالمفاغرة المعدية المعوية وفئة تجبذ القطع متفاوت الاتساع وافضله قطع قسم من المعدة والاثنى عشري واستئصال القرحة معه متى كان الامر ممكناً .

يستنتج من درس الاحصاءات ان النتائج البعيدة في المفاغرة المعدية المعوية يعادل الشفاء فيها ٧٠-٨٠ بالمائة وان الموت يعادل ٥-٧ بالمائة فاذا لم يشف ٢٠-٣٠ بالمائة شفاء تاماً ممن اجريت عملياتهم فلا يعنى بذلك ان الحية تامة لان بعض هؤلاء المرضى تتحسن حالتهم بالمعالجة الدوائية التي لم تكن لتفيد اقل فائدة قبل المفاغرة .

ومعدل الشفاء في القطع ٨٠-٩٠ في المائة غير ان معدل الوفيات بعد العمليات مباشرة ١٠-١٤ بالمائة ولعل هذا المعدل ينقص بعد انقاف الطرز الجراحي ، ولربما كانت النتائج احسن بعد القطع المتسع ولا سيما بعد قطع المعدة والاثنى عشري قطعاً يحو القرحة وقسماً من المعدة ويؤثر تأثيراً مقصوداً في القسم الباقي .

غير ان معدل الوفيات مباشرة لا يزال عالياً وهذا ما يدعو الجراحين الى الاحجام عن القطع والاقبال على مفاغرة المعدة والامعاء مع ان القطع هو العملية المنتخبة . وما ذلك الا لان نتائج المفاغرة البعيدة حسنة وخطرها

المباشر قليل فهي العملية الأكثر ملائمة للمضعفين القليلي المتانة .
فعلى الجراح ان يحسن الخيار فلا يكتفي بطريقة مهملات الطرق الاخرى
بل عليه ان ينتخب ما يلائم مريضه .

ولا بد من النظر ايضا الى التهاب المعدة والاثنى عشري والى التهاب الخلب
اللاصق لانهما يؤثران في اختيار الطريقة .

وعلى الجراح الا يتردد في فتح البطن ثانية في كل مريض قديم يصاب
بتشوشات معدية جديدة : فان قطع القروح الهضمية او استئصال تضيق طرأ
على الفوهة المحدثه قد يؤدى الى شفاء مستمر .

والموضوع الثاني يبحث في التخدير القطني الذي لا يزال الجدال حوله
دائراً وقد عالج الاستاذان فورغ وباسه بكلام ملؤه النوائد يجدر بكل من
يهمه هذا الامر ان يطالع مفعلا في التقرير المطبوع عن هذا المؤتمر السابع
والثلاثين وقد أتيا فيه على فصل جديد عن خلقة (فسيولوجية) القطن والعمود
الفقري يؤيد بالدلة العلمية هذه الطريقة ويشير باستعمالها وحسن مستقبلها .

يستنتج من نقصيات فورغ وباسه الشخصية ومن المعلومات التي استقيها
من زهاء مائة جراح ان التخدير القطني طريقة لا تختلف درجتها عن درجة
التخدير العام وان اخطارها قد نقصت كثيراً بعد اتقان اجرائها وانها تنقص
من خطر بعض العمليات ، غير ان الواجب يقضي بان تراعى الطهارة مراعاة
بالغة اقصى حد وان تكون مقادير المخدر المنتخب قليلة وان يجرى البزل
والتخدير بلطف فلا يستخرج من المائع الدماغي الشوكي كمية كبيرة ولا يمتحن
بالمخدر فجأة ولا تشرك الادوية (نوفوكائين ، بنين او استر كين) ولا يمزج

المائع بالمخدر ويدفع ثم يخرج لان جميع هذه الاعمال تعرقل التخدير وتخرش السحايا .

نستعمل محاليل محضرة وحديثة العهد ويجرى البزل في نقطة وطية لان التخدير كلما ازدادت العوارض ، والتخدير الفقري العام كبير الخطر وقد جمع الرأي الطبي على نبذه

فلا يستعمل التخدير الفقري مطلقاً في الارحاء الواقعة فوق الحاجز (الحذع العنق ، الطرفين العلويين) واما في الطبقة الواقعة تحت الحاجز وفوق السرة فالاراء متضاربة فيها لان البعض يجذب والاخر يستنكر وكلتا الدفتين متساويتان فعلى الجراح ان يختار الطريقة الملائمة لحالة مريضه .

اما المنطقة تحت السرة فهي رجا التخدير القطني المنتخب الذي تفوق به هذه الطريقة في التخدير العام .

ولنذكر دائماً ان التخدير القطني خافض للتوتر فعلياً ان تتلافى هذا المحذور بحقن المريض بمقويات القلب ، فالتخدير القطني ممنوع اذن متى كان التوتر منخفضاً كما في قصور القلب وانسداد الامعاء مسم شديداً او في بعض امراض الكلية وفي حالات النزف الغزير خارجياً كان او باطنياً .

ومتى كان المريض مصاباً بتعفن الدم يخشى ان تلقح الابرة التي تلوث بالدم اثناء اختراقها للاقسام الرخوة السحايا فتلهبها ولا يشار بالتخدير القطني في المصابين بالزهري ولا في من كانت بولتهم الدموية زائدة والكلورور منحبساً في دماهم فيستدل مما تقدم ان للتخدير القطني استطبابات ومضادات الاستطباب ولا بد من مراعاتها لانها لا تقل اهمية عن استطبابات العمليات نفسها .

ولا يستعمل هذا التخدير الذي يستمر اربعين دقيقة الى ساعة، في العمليات القصيرة المدة التي يفضل فيها التخدير بكلورور الاثيل او الاثير او في العمليات التي يكفي فيها التخدير الموضعي .

فتمت روعيت جميع هذه الشروط كان التخدير القطني مفضلاً على التخدير العام : لانه يفضي في سياق العملية الى سكوت البطن واسترخاء العضلات المتتعة ولانه ينقص بعد العمليات العراقل التالية للتخدير باجتنابه تخرش الجهاز التنفسي وتشنج الكبد والكلى تشوشاً خفيفاً ومحوء صدمة التخدير اما خيبة التخدير وحدثت العوارض في التخدير القطني فأخذان بالنقص كلما اتقن طرز العمل . والعوارض الخطرة نادرة لان الموت اثر هذا التخدير لا يفوق الموت في الطرق الاخرى والعوارض المتأخرة الخاصة بهذا التخدير كالصداع المستمر (٣=٤ بالمائة) وشلل المثانة (١=٥ بالمائة) تزول عفواً ولا تبقى اكثر من بضعة اسابيع .

وصفوة القول ان التخدير القطني متى روعيت فيه القواعد التي ذكرناها طريقة حسنة تضيق بعد ضمها الى التخديرين الموضعي والناحي منطقة التخدير العام تضيقاً شديداً . فهي بعد ان رغبت في التوسع والامتداد حسب الخطة التي رسمها لها جونسكو عادت اليوم فضاقت لحسن الخط دائرتها ولم تعد مستعملة الا حسب شروط لا بد من مراعاتها فيها ، وهي طريقة جميلة اذا خدرت بها الاقسام السفلى تحت السرة .

وبعد ان انتهى المحاضران موضوعهما دارت مناقشة عنيفة حول الموضوع الامر الدال على ان لهذه الطريقة اعداء لا يلبين عودهم .

والمسألة الثالثة موضوعها: «العواقب البعيدة لحج الجمجمة في الافات الرضية» وقد عالجها الاجونين ومازونه وباقي دوتيه من باريس . فابعدوا كل الابداع في الكلام عن موضوع وعركهنا . وفي بحثهم عدة فصول لا بد من مطالعتها كما جاءت في التقرير فهي تهتم الجراح والطبيب وعالم الامراض العصبية فقد بحث فيها بحثاً دقيقاً عن الموت في المحجوجة جهاجمهم وعن عقايل (sequelles) رضوض الجمجمة وعراقيلها العفنة المتأخرة وسير هذه العقايل بالنسبة الى مقر الافة واهميتها وعن مستقبل المحجوجين الاجتماعي .

ويستنتج من اجائهم ان الانذار تابع - اذا تركت الافات ودرجات اساعها - للتعفن والارتجاج .

فيجب متى حدث ارتجاج مهما كان الجرح خفيفاً وسواء اكان سطحياً ام عميقاً نافذاً او غير نافذ ان يتخوف الطبيب من ظهور عقايل متفاوتة الشدة في المستقبل منذ التشوشات الخفيفه حتى الصرع . ويزداد الخوف كلما طال زمن التقيح وتفرقل الجرح بفتق دماغي او نجم منه ناسور ثابت او اصاب المريض بخراج الدماغ . وان عود التقيح الى الظهور بعد انقضاء مدة طويلة ليس مستبعداً وهو ان وقع سود الانذار وخشي من حدوث الصرع في المستقبل .

وتجتنب هذه العراقيل الجراحية المتأخرة بتطهير الجرح وانتزاع الشظايا وخياطة الجلد خياطة بدئية .

اما التشوشات الشخصية كالصداع والدوار فلا يمكن اجتنابها لانها ذات علاقة بالارتجاج .

ويظهر ان الام الجافية التي كان يتحاشى الجراحون شقها قد خضعت للقاعدة

العامّة فهي تشق متى كان تحتها انصباب دموي فتفرغ الخثر وتخاط على ان تراعي قواعد النظافة مراعاة دقيقة ويكون الجرح حديثاً . لان الانصباب الدموي اذا بقي كان سبباً في ازدياد العراقل المقبلة ولان خزع الام الجافية متى كانت الطهارة تامة لا خطر منه .

...

هذه هي خلاصة الاعمال التي بحث فيها مؤتمر الجراحة الاخير .

اما مؤتمر الجراحة المقبل الذي سيعقد في ٧ تشرين الاول سنة ١٩٢٩ فسيرئسه الدكتور تيكسيه استاذ السريريّات الجراحية في معهد ليون وقد انتخبت المسائل الآتية :

١ - معالجة السل الرئوي الجراحية : يبحث بها لاردنوا من باريس وبارار من ليون .

٢ = استطبّابات الاستجدال (ostéosynthèse) ونتائجه في معالجة داء بوت يبحث فيها روشه من بوردو .

٣ - معالجة جروح اوتار الاصابع في اليد يبحث فيها بلوك من باريس وبوته من ليون .

الاستقصاء في المثانة

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

المثانة هي مستودع البول في فواصل البيلات . مقرها في نصف الحوض
الصغيرة الامامي خلف العانة وامام الشرج في الرجل والرحم في المرأة وفوق
العجان والموثة (البروستاة) في الرجل والمهبل في المرأة يختلف شكلها وهي
فارغة او ملاءى او متوسعة فتى كانت فارغة شابهت جيباً زاوياً قمته الى العالي متصلاً
بالعصيب (اوراك) وقاعدته الى الخلف والاسفل محيطة بالمستقيم والمهبل وينصب
في الزاويتين الخلفيتين الخالبان وينطبق الجدار العلوي على الجدار الامامي السفلي .
ومتى امتلأت المثانة ارتفع جدارها العلوي وشابهت البيضة بشكلها فكانت
نهايتها الصغيرة في الامام والعالي وعادت سهلة المنال بطريق البطن اكثر من
خين فروغها .

ويغلف المثانة غمد خلبي وصفاقبي مؤلف :

في الامام من الصفاق السري المثاني الامامي .

في الوراء من الصفاق المؤثي الخلبي .

في الاسفل من الصفاق الحوضي العلوي الذي يغطي السادة الباطنة

ورافعة الشرج .

في العالي القسم الخلفي العلوي من الخلب .

فجدر هذا الغمد تجاور الاعضاء المحيطة بالمثانة وتختلف هذه المجاورة متى

كانت المثانة فارغة او مملأى .

وعنق المثانة مناسب للمكان الذي يبدأ به الاحليل وهو مغلف بالموثة فمتى ضخمت هذه الغدة تبدل شكل العنق تبديلاً كبيراً وخلف العنق يرى المثلث وخلف المثلث القعر .

اما سعة المثانة فذات علاقة بدرجة تنبها وتختلف من وقت لآخر فهي تسع ٤٠٠ - ٥٠٠ سم^٣ غير ان بعض الاشخاص سريعو التنبه لا تتحمل مثاناتهم هذه الكمية كما ان المثانة تسع اتساعاً شديداً في بعض الحالات المرضية فتسع عدة التار .

ومتى اصبحت المثانة بالتهاب نقصت سعتها لان تنبها يزداد فيمنع الألم ، متى كان حاداً ، المثانة عن التمدد .

ويدرس مضض المثانة بالمس والتوسيع فمتى كانت المثانة سليمة لا يحدث مسها مضضاً ولا هي تشعر بالبول الذي ينصب قطرة قطرة من الحالبين ولا بالسوائل التي تحقن بها متى كانت حرارتها كحرارة الجسد . ولا تكاد تشعر بالالات التي تمس وجهها الباطن .

وتشعر المثانة ببرودة الاجسام التي تحقن بها وبحرارتها وبفعل الادوية المخرشة .

ويحدث توسع المثانة حاجة الى البول فاذا قاومها الشخص ازداد هذا الحس وانقلب الماء .

ويمحو التخدير العام حس الملامسة ويبقى على حس التوسع ويبقى حس التوسع هذا في اثناء النوم .

ومتى مرضت المثانة عاد حسها باللامسة مؤلماً حتى ان ملامسة البول لها تؤلمها وسل المثانة اكبر دليل على هذا الامر . وجميع وجه المثانة الباطن يشعر الشعور نفسه باللامسة .

ويزداد ايضاً شعورها بالتوسع متى مرضت والدليل على ذلك تعدد البيلات فيجب والحالة هذه ان يجتنب توسيع المثانة وغسلها وان يستعاض عنهما بالتقشير .

الاستقصاء في المثانة : يجري ١ بالحقن ٢ - بالجلس ٣ - بالقرع ٤ - بالقثطرة ٥ - بقياس سعتها ٦ - بقياس ما انحبس فيها ٧ - بقياس قوة عضلتها ٨ - بالاستقصاء المعدني ٩ - باضائتها ١٠ - برسمها الشعاعي ١١ - بالخزيع الخثلي الاستقصائي ١٢ - باقتطاع قطعة للمعاينة النسيجية .

الحقن : متى كان الشخص سامناً استحال الجزم في حالة المثانة ومتى كان هازلاً ارتسمت المثانة تحت العانة بعد توسعها توسعاً شديداً وربما بلغ هذا التوسع حداً كبيراً حتى ان البطن جميعه يرتفع ويبين هزال المريض العام . ولبس الامر في المرأة بكيس المبيض فاذا كانت المثانة متوسعة نقشتر فيزول الورم بعد القثطرة .

٢ - الجلس : قلما يفيد جس الناحية الخثلية وحده . ويتحرى مضض المثانة عادة اما بضغطها واليد منفتحة او بخفض الناحية الخثلية باليد ورفعها فجأة عنها فمتى كانت المثانة ملتهبة التهاباً شديداً شعر بالمضض .

وفيد الجلس في فحص النواحي الحرقفية وتحجري البية الالتهابية حول المثانة او العقد البلغمية المنتبجة متى كان في المثانة ورم .

ويفضل اجراء المس المشترك وذلك ان تدخل اصبع في شرج الرجل او

مهبل المرأة وان تجس اليد الاخرى المثانة في الناحية الخلفية فلا تهرب امام اليد الجالسة .

ومتى كانت الموثنة ضخمة والمرىض مصاباً بالاسر توسع قعر المثانة توسعاً شديداً وبرز وتجاوز الموثنة وتمكنت الاصبع الجالسة من الشعور بهذا البروز وربما التبس هذا الورم بورم حقيقي كبير غير ان الجس المشترك يمكن اليد من دفع مجمل المثانة نحو الاصبع كما انه يمكن الاصبع من دفعها نحو اليد .

ومتى افرغت المثانة بالقترة كان الالم لدى جسها باليدين متفاوت الشدة حسب درجة الالتهاب في التهابات المثانة وقروحها واورامها .

ومتى افرغت المثانة وجست اليدين جسماً كثيفاً بينهما كان ذلك دليلاً على ان في المثانة عنصراً مرضياً فان الحصى الكبيرة في الرجل يستطيع جسها . ومتى كان ورم فاما ان يبقى جدار المثانة ليناً فيستنتج ان الورم مذبذبة واما ان يكون الورم قد ارتشح في الجدار فيعرف بعودة ذلك الجدار متصلباً وخشناً ومتى كان الورم كبيراً استطاع جسها باليدين وعرف باللمس المزدوج ان الورم مثاني ولا علاقة له بالامعاء او الرحم او الملحقات .

٣ — القرع : متى كانت المثانة ممتلئة وسليمة لا تكون صماء عادةً لان الصمم لا يقع الا متى توسعت المثانة فيكون القرع حيثئذٍ مثبتاً للمعلومات المستقاة من الحقن والجس .

٤ — الفترة المفرغة : أ — اذا ثبت بالاستقصاء في الاحليل انه سليم استعمل مسبار نالاتون .

ب — اذا كان الاحليل الامامي حراً والعائق في الاحليل الخلفي يستعمل

مسابر معكز متقاره مقوم بعض التقوم

ج - اذا لم تتمكن الزيتونة المستقصية من اجتياز العائق يجرب مسبار معكز متقاره قصير ومقوم تقوياً شديداً لكي يواجه العائق بعقبه لا بمنقاره
د - متى كان المريض مصاباً بضخامة الموتة يستحسن استعمال المسابير المزوجة التزوي او المدك المزوي الذي يقلب المسبار المعكز العادي الى مسبار مزدوج التزوي .

هـ - اذا خابت جميع هذه الوسائط يستعمل مسبار معكز فيه مدك منحني
و - اذا كان الاحليل الامامي ضيقاً لا تستعمل سوى المسابير المخروطة الزيتونية الطرف .

ز - متى كان تشنج تبذ المسابير المخروطة ويستعاض عنها بالمسابر المزواة البسيطة او بعد ادخال مدك فيها .

طريقة الفترة : أ - مسبار نالاتون يدهن قسم القائاتير الامامي جميعه ويقف الطبيب الى يسار المريض ويشد قضيبه بيده اليسرى ويدخل المسبار قليلاً قليلاً بعد ان يمسكه باصابع اليد اليمنى حتى يغور منه سنتمتر او سنتمتران . فاذا دخل المسبار في رنج البصلة وقف فيجب جره قليلا الى الخارج وبسط الاحليل بشد القضيب وحنيه على البطن . وبعد ان يجتاز المسبار الاحليل الغشائي يجتاز بسهولة الاحليل الموثي متى لم يكن متبدلاً .

والحذر من استعمال المسابير القديمة المتصلبة السريعة العطب لانها تمكسر فتبقى منها قطعة في الاحليل او المثانة .

ب - المسابر المخروطة الزيتونية الطرف : تجتاز بسهولة اقليلاً متضيّقاً غير انه

لا يجوز ان تدخل بعنف لانها تدخل البصلة او الموثة متى كان الاحليل رطباً وسريع العطب . فتنى ظهر عائق يجب اخراج المسبار ثم تسديده جيداً بشد القضيب .

ج - المسابر المعكزة : تستعمل كما تستعمل المسابر الاخرى اللينة .

والقاعدة المطردة التي لا بد من مراعاتها هي ان يتبع جدار الاحليل العلوي فيينا المنقار يتبع هذا الجدار يكون العقب متبعاً الجدار السفلي وخافضاً اياه فاذا لم يكن الوصول الى الاحليل الغشائي مستطاعاً مباشرة كان الزحف الخفيف الى اليمين او اليسار كافياً للدخول . واذا لم يكن ادخال المسبار ممكناً بهذه الطريقة وجب جره وادخاله ثانية بلطف بعد شد القضيب جيداً . ومتى وصل المسبار الى الاحليل الموثى تزلق تزلقا سريعا لان عقبه يخفض الجدار الخلفي السفلي .

د - المسابر المعدنية : لم تعد مستعملة .

هـ - المسابر الصمغية مع المدك : تستعمل هذه المسابر الصمغية مع المدك كما

تستعمل المسابر الصلبة . يدخل المدك حتى يأتي رأسه ويساوي الثقبة الاكثر قربا من المنقار . ولا يختلف الزمن الاول عما هو عليه في ادخال البانيكية فبعد ان يجتاز المنقار الاحليل الغشائي يثبت المسبار على الخط النصفى ويدفع باليد اليسرى بينا اليد اليمنى تمسك المدك وتجره . فيدخل المسبار حينئذ المثانة واذا خابت هذه الحركة أعيد اجراؤها .

وفي جمع البول الذي ينصب من المسبار فائدة كبيرة فيجب ان تعد قارورة معقمة او مغلاة لهذه الغاية وان يرسل البول بعد جمعه ليعاين معاينة نسيجية جرثومية فتعرف بها درجة التعفن والكريات البيضاء (الصديد) وطبيعته (عصية

الكولون ، المكورة المعوية ، المكورة العنقودية ، المكورة البنية) وجوهر التعفن السلي
(عصية كوخ ، تلقيح الارنب بالبول ، والخلايا الورمية (السرطان) والاسطوانات
البولية (التهابات الكلية)

٥ - سعة المثانة : تقاس سعة المثانة بحقنها ، بعد ادخال مسبار فيها بماء فاتر
ريثما يشعر المريض بحاجة الى البول وتعين هذه الكمية بالمحقنة المستعملة لهذه
الغاية . والكمية التي يستطاع الحقن بها في الحالة الطبيعية دون ان يظهر هذا
الحس هي ٢٠٠ سم^٣ . من الماء الفاتر . وتكون سعة المثانة قليلة في الغالب كلما
كثر عدد البيلات فالبيات الكثيرة العدد والمؤلمة دليل على ان سعة
المثانة قليلة .

أ - متى كانت السعة من ٢٥٠ - ٣٠٠ سم^٣ عدت طبيعية وجاز
غسل المثانة .

ب - متى كانت السعة من ١٥٠ - ٢٠٠ كان الالتهاب خفيفاً وجاز
غسل المثانة بتأن على الا تتجاوز كمية المائع المحقون به ١٠ سم^٣ كل مرة .

ج - متى كانت السعة اقل من ٢٠٠ سم^٣ كان الالتهاب المثاني محققاً
والغسل ممنوعاً والتقطير واجباً .

د - متى كانت السعة اكثر من ٣٠٠ سم^٣ كانت المثانة واهنة متسعة
(ضخامة الموثة ، سهام « تابس ») فوجب غسلها بغزارة بمحاليل مضادة للفساد .

وصفوة القول انه متى كانت السعة قليلة وجب التقطير ومتى كانت كبيرة
وجب الغسل ، لانه لا يجوز ان تمدد المثانة والاشتد الالم والتشوشات المثانية .

٦ — قياس الانحباس : لا يبقى في المثانة السليمة بعد ان يبول المريض

ثمالة من البول .

أ — فاذا انحبس البول وكان انحباسه ناقصاً يبول المريض أولاً ثم يكثر مع مراعاة قواعد الطهارة بدقة ويجمع البول المستخرج في قدح مدرج فتعرف الثمالة ب — ومتى كان الاسر تاماً وجبت مراعاة هذه القاعدة المطردة وهي الامتناع عن افراغ المثانة افراغاً تاماً أي افراغ بعض ما فيها والاستعاضة عنه بمحلول مطهر فيقاوم حينئذ التعفن الذي يهدد المريض ولا يحدث النزف الذي يخشى وقوعه بعد الافراغ . لان التوسع يسبب احتقان الضفائر المثانية والافراغ يزيل هذا الاحتقان وزوال هذا الاحتقان السريع يحدث البيلة الدموية .

٧ — قياس طاقة العضلة المثانية : نقاس الطاقة بقوة رشق البول او دفع السائل الذي حقنت به المثانة . تنقص غلوة الرشق في المتضييقين والمتضخمة موانئهم وهي دليل على ضعف عضلة المثانة . ومتى وهنت هذه العضلة وهناً شديداً بال المريض على حذائه ومتى قشرت المثانة وكانت سليمة انفرغت انفراغاً تاماً ولو ظل طرف المسبار الخارجي فوق الخط الافقي المار بالعانة ومتى كانت المثانة متوسطة القوة أو ضعيفتها لا تنفرغ الا متى خفض طرف المسبار فخرج البول بعامل الثقل .

٨ — الاستقصاء المعدني : تستعمل مستقصة غبون المعدنية (رقم ١ في

الاولاد ورقم ٢ في الكحول ورقم ٣ في المتضخمة موانئهم) .

يضطجع المريض ويضع حوضه وسادة تحت أليه علوها ١٠ - ١٢ سم . وتكون المثانة قد افرغت ثم املتت بمائة وخمسين الى مائتي سم ماء مغلى

او محلول حمض كي انوس الزئبق الفاتر على الا تتجاوز سعة المثانة ويجب الوقوف متى بدأت المثانة بالتقلص .

ثم تدخل المستقصية كما تدخل البانيكية .

الصعوبات : متى كان الاحليل متصبلاً صعب ادخال المستقصية فيه . ومتى كانت الموثة ضخمة صعب دخولها وورورها في الاحليل الموثي . فالحذر من خفض قبضة المستقصية بعنف لئلا تفتح طريقاً كاذباً بل يجب ان تضغط اليد اليسرى بشدة الناحية امام العانة ومهما يكن فمهمة اليد اليمنى هي سند منقار الالة وتحريكه حركات جانبية قصيرة .

ومتى اعيد العمل مرات ولم يثمر يجب ادخال السبابة اليمنى في المستقيم لسند منقار المستقصية واعادة العمل مرة اخرى وسند القبضة باليد اليسرى .
واذا خاب العمل أجلت المسألة الى جلسة ثنية واعد الاحليل بوضع مسبار ثابت فيه بضعة ايام .

واذا دخلت المستقصية المثانة وجب ايصالها حتى تصطدم بالجدار الخلفي ثم جرّها الى الامام حتى العنق وادارتها الى اليمين واليسار ومنقارها في العالي ثم يدار المنقار الى اليمين واليسار والاسفل وتجرى الحركات نفسها فيكون الاستقصاء قد عم جوف المثانة جميعه فاذا لم يصادف منقار المستقصية شيئاً يستنتج ان المثانة خالية من الاورام والحصى الكبيرة .

ولكن متى كان ورم في المثانة اصطدمت المستقصية به فعاقها عن الحركة ومتى كانت فيها حصاة سمعت الصدمة .

ويعرف بالمستقصية ما اذا كان في جدار المثانة عمد فيعلق المنقار بها وما

اذا كان قعر المثانة قد احمى فلا تستطيع المستقصية ان تدور الى الاسفل ما لم تخفض القبضة او اذا كان ذلك القعر عميقاً فيكون الدوران ممكناً حتى متى رفع طرف المستقصية وما اذا كانت فصوص الموثة قد ضخمت جداً وما اذا كانت المثانة تشعر بالمضض متى لامستها الالة .

٩- اضاءة المثانة : لا يستطيع الجرم في تقرير نوع الافة قبل اضاءة المثانة والنظر اليها بالمرآة ، وهذا الامر يكاد يكون ضرورة قصوى مع ان الكثيرين يهملونه في ممارستهم العادية .

فهو لا مندوحة عنه في بيعة الدم مهما كانت خفيفة ومتى شك الطبيب بان في المثانة جسماً اجنبياً او حصاة او ورماً حليماً او ورماً آخر خبيثاً او سلاً او قرحة او ان الموثة بارزة في المثانة . ولا يستطيع الاستغناء في زمننا الحاضر عن هذه الوسطة المفيدة فاذا اهملها الممارس اساء الى مريضه اساءة لا تغتفر .

١٠- رسم المثانة الشعاعي : ترسم المثانة بعد ان تمقن بسائل ظليل او غاز مولد الحموضة او دون ان تحقن بشيء ولرسم فائدة كبيرة في اثبات التحريات الاخرى التي جنيت من الوسائط التي ذكرناها ولا سيما في اثبات الحصاة . وهي واسطة لا نغنى للممارس عنها في الاولاد الذين تستصعب التحريات الاخرى فيهم .

فبعد ان تحقن المثانة بالحواليل الظليلة كالكلورغول او برومور الصوديوم او سواها وترسم تعرف التبدلات التي طرأت على شكلها وما اذا كانت فيها ارتاج او اورام لان الاورام تبدو واضحة في جو المثانة القاتم .

١١- الاستقصاء الدموي : أ - يستطيع بعد اضاءة المثانة والاستعانة بالآلات

خاصة اقتطاع قطعة من ورم نابت في المثانة او من جدار المثانة نفسها وارسالها للفحص النسيجي او الجرثومي .

ب - وتستدعي الحالة في بعض الاحيان خزع المثانة بالطريق الختلي بغية الاستقصاء في المثانة متى لم تأت اضاءة المثانة ولا رسمها بالمعلومات الكافية مثال ذلك معرفة درجة الافات واتساعها او معرفة ما اذا كانت الورم استطاع استئصاله ام لا .

النتائج : تمكنا هذه الوسائط المتنوعة التي ذكرناها من تشخيص :

أ - التهاب المثانة الحاد البسيط السيلاني .

ب - التهاب المثانة المزمن مع بول قيحي يعرف سببه باضاءة المثانة .

ج - ضخامة الموثة مع اعراضها ونوبها الانجاسية الحادة او الاسر المزمن وتوسع المثانة الناجم منها .

د - حصى المثانة .

هـ - اجسام المثانة الاجنبية .

و - التهاب المثانة السلي الكلوي المنشأ دائماً .

ز - اورام المثانة السليمة (الاورام الحليمية) او الخبيثة .

ح - ارداب المثانة الخفية في الغالب الصعبة التشخيص متى لم تضأ المثانة

او لم ترسم وهي تعرف سريراً باليلة في زمنين وتغفن المثانة العنيد .



الاستقصاء في الكليتين (الحويضتين، الحاليتين)

• للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمة لحكيم مرشد خاطر

لا بد لنا قبل الخوض في البحث من ذكر لمحة تشرّحية سريرية •
شكل الكلية : شبيه بحبة فاصوليا تحدها الى الوحشي ويتبدل هذا
 الشكل بعض التبدل حسب الاشخاص فهي في بعض الناس اطول وفي البعض
 الآخر مسطحة او محدبة •

أبعادها : طولها الوسطي ١٢ سنتمترًا وعرضها ٦ وثخانتها ٣ •

اتجاهها : عمودي الى الاسفل والوحشي •

مقرها : في الحفرة القطنية تستر قسماً منها الضلعان الحادية عشرة والثانية
 عشرة وتناسب اجسام الفقرات الثانية عشرة الظهرية والاولى والثانية القطنية •
 والكلية اليمنى اكثر انخفاضاً في الغالب من اليسرى • والمسافة التي تفصل
 قطب الكلية الاسفل من القزغة الحرقفية تعادل ٣ - ٥ سنتمترات •

والكلية محفظة تغلفها وهي في الحفرة القطنية • وتتألف هذه المحفظة من
 ورقتين امامية وخلفية متلاصقتين في العالي والوحشي والاسفل يتألف منها ما مسكن
 الكلية • وهذا المسكن مفتوح في الانسي حذاء ذنب الكلية ومتصل بغمد
 الاوعية وغمد الحالب • وتحيط بالكلية وهي في مسكنها هذا الليفي كتلة من
 الشحم تسمى المحفظة الشحمية والكلية ثابتة في مقرها بفضل هذه الاعضاء
 المختلفة والاوعية وضغط البطن • ويجاور مسكن الكلية الاعضاء المحيطة بها •

وتفرز ملاحمة « برنشيم » الكلوية مفرزاتها في جهاز من القنوات المغصنة يسمى الكؤوس ويناسب كل كأس هرمًا من اهرام الكلية . وعدد هذه الكؤوس الوسطي ٨ - ١٢ فهي تجتمع وتتفاغر وتؤلف اخيراً الحالب .

والحويضة هي التوسع الكائن عند مجتمع الكؤوس الاساسية وهي متصلة بالحالب وسعة الحويضة التشريحية $20 = 30$ سم^٢ وهذه السعة اكبر من السعة الخلقية « الفسيولوجية » التي لا تعادل الا $3 - 5$ سم^٢ نعني بها كمية السائل الذي يستطيع حقن الحويضة به في الاحياء قبل ان يظهر الألم .

الحالب : يبدأ حذاء الحافة السفلى لسرة الكلية وينتهي في المثانة عند الصماخ الحالبى طوله ٢٥ - ٣٠ سم اتجاهه العام حسب خط عمودي ممتد من نقطة اتحاد الثلث الانسي بالثلث المتوسط من القوس الفخذية حتى خط افقي سائر من نهاية الضلع الثانية عشرة ، تدخل نهاية الحالب السفلى الجدار المثاني حذاء المثقى المؤلف من الحويصلين المنويين والاسهر .

الاستقصاء في الكليتين : يستقصى في الكليتين ١ - بالنظر ٢ - بالجلس ٣ - بالقرع ٤ - بالرسم الشعاعي ٥ - بالاستقصاء في وظيفة الكلية الذي سنفرده لبحثاً خاصاً ٦ - بنزع القطن .

أ - بالنظر : لا يتبدل شكل البطن الا متى بلغت الكلية حجماً كبيراً فعاد الاستقصاء فيها بالنظر مستطاعاً . وهذا الاستقصاء يجرى والشخص واقف والافضل ان يكون مضطجعاً . فتمتد وقف المريض ونظر الى ظهره وكانت الكلية مصابة باورام جسيمة كاستسقاء الكلية المائي او القيحي او كالورم الغلي او كالكلية المتعددة الاكياس ظهر شكل الحاصرة متبدلاً بين الاضلاع السائبة

والقنزعة الحرقفية وتتحرك هذه الاورام بعض التحرك حين الزفير والشهيق وتزلق تحت جدار البطن .

ومتى نام المريض على بطنه وعويذت ناحيته القطنية بدا تورم في مثلث بقي اي فوق القنزعة الحرقفية ما بين الظهرية والمنحرفة الكبيرتين وذلك متى كان المريض مصاباً بفلغمون حول الكلية . والنظر الى الجهاز التناسلي في الرجل يدرك به ما اذا كان في الصفن دوال وما اذا كانت عرضاً لسرطان وما اذا كان البربخ مصاباً فيسترشد به الى سل الكلية وما اذا كان في العمود الفقري داء بوت ٢ - الجس : هو الطريقة الاساسية في الاستقصاء وهو سهل في الهازلين وصعب في السامين .

ولا تجس الكلية في الحالة الطبيعية غير ان الكلية اليمنى قد يجس قطبها السفلي في الهازلين دون ان تكون حالة مرضية .

متى رغب في جس الكلية تفرغ الامعاء وتثنى الساقان وتبعد احدهما عن الاخرى ويقف الطبيب الى جهة الكلية التي يدفحها وتوضع يد وهي مفتوحة في الناحية القطنية ونهايات اصابعها في الزاوية الضاعية القطنية وتوضع اليد الثانية في الامام تحت الحافة الضلعية مباشرة . ويدعى المريض الى اجراء حركات شبيهة عميقة وتبقى اليد الامامية في اثناء الشهيق خافضة لجدار البطن وتقتنم فرصة الشهيق التالي لكي تخفض الجدار اكثر فاكثر ويجب ان تكون العضلات مسترخية استرخاء تاماً . فاذا كان جس الكلية مستطاعاً تجس اليد الامامية حينئذٍ تورماً في طرف الكلية الاسفل .

واذا لم تجس الكلية يدفع الجدار اثنائي دفعات خفيفة باليد الخلفية

وتساق الكلية الى الامام نحو اليد الموضوعة على جدار البطن . وهذا ما يسمى
النهر الكلوي (balottement) « غيون » ومتى كانت الكلية اجسماً وثابتة لالتهاب
طراً على محيطها سهل جسها . ومتى كانت متحركة لم يمكننا لجس من العثور
عليها فحسب بل يسمح لنا بدفعها بيدينا الى العالى ايضاً .

وتحري تحرك الكلية بيد واحدة خير من تحريه باليدين : يجعل الابهام
في الامام حذاء جدار البطن والاصابع الاخرى في الحفرة القطنية (غلنار)
ويدعى المريض الى اجراء زفراء عميقة دون ان تضغط الاصابع اقل ضغط
وينبأ زفر المريض زفرة قوية تقرب الاصابع فجأة فاذا كان التحرك خفيفاً
ادى الضغط الى رفع الكلية فشعرت الاصابع بتزلزلها نحو الصدر .

واما اذا كان التحرك شديداً فيستطاع رفع الكلية وتثبيتها تحت الاصابع
التي تمنعها عن العودة الى الحفرة القطنية .

واجراء هذه الحركة في جهة ومقابلتها بالحركة المجراة في الجهة الثانية
لا يخلو من الفائدة لانه يمكن الطبيب من معرفة الفرق بين الجانبين الاول والثاني
من جهة الامتلاء والمقاومة .

ويستطاع في بعض الاوقات اجراء الجس باليدين والمريض مضطجع على
الجهة المضادة وساقه السفلى منعطفة (اسرايل) فمتى كانت الكلية مريضة وثقيلة
هبطت الى الاسفل والامام وتمكنت اليد الامامية في اثناء حركات التنفس من
الشعور بتزلزلها تحت الجدار .

فكل كلية يجس قطبها السفلي تحت الاضلاع السائبة هي كلية متحركة
او هابطة او جسيمة . والحذر من ان نتوهم الكبد الضخمة الهابطة كلية يبنى

متحركة فان حافة الكبد الملساء الحادة كافية لتشخيص والحذر ايضاً من ان توههم الطحال المضخم كلية يسرى .

ولا تشعر الكلية السليمة بمضض متى ضغطت لان الكلية الموءلة كلية مريضة والنقطة الاساسية في هذا الاستقصاء هي ضغط الزاوية الضلعية الفقرية فاذا وقعت النقطة الموءلة في قمة هذه الزاوية (وهذا ما هو كثير الحدوث) دلت غالباً على آفة كلوية وتسمى هذه النقطة النقطة الضلعية الفقرية .

وهناك نقطة اخرى واقعة عند الحافة الوحشية للكتلة العجزية القطنية تسمى النقطة الضلعية القطنية ونقطة موءلة ثالثة في الامام تحت الاضلاع حذاء النهاية الامامية للضلع العاشرة تكاد تكون عند الحافة الوحشية للمستقيمة الكبيرة تناسب الحويضة وتلبس في اليمين بنقطة المارة الموءلة .

والتهابات الكلية والحويضة واستسقاءات الكلية المتقيحة ورمال الكلية هي افات موءلة اما السرطان فليس موءلاً ، ومتى تأملت الكلية تنبهت الاعصاب المارة قربها فظهر الالم حين ضغط هذه الاعصاب بعيداً عن الكلية ، ولهذا نرى النقطة فوق الحرقفة الجانبية الواقعة فوق القسم المتوسط من القزعة الحرقفية مكان ظهور العصب الوربي الثاني عشر ، والنقطة فوق الشوكين و بينهما الواقعة فوق الشوك الحرقفي الامامي العلوي وانسيه والمناسبة للعصب الفخذي الجلدي والنقطة الاربية عند الفوهة الظاهرة للقناة الاربية نحو العانة وهي مناسبة لشعبة العصب البطني التناسلي التناسلية .

القرع : يشرك مع الجس في الحالات الصعبة وهو لا يفيد في وراء غير

ان زاويتي الكولون اليمنى واليسرى تغطيان في الامام بعض التغطية ووجه الكليتين السفلي ومن هنا نشأت القاعدة القائلة ان لكل ورم كلوي منطقة وضوح في الامام لان الكلية واقعة خلف الحلب ومغطاة بالكولون . ولكي توضح هذه العلامة يستحسن توسيع الكولون بحقنه بالماء بعد وضع مسبار المستقيم والنفخ فيه بمنفاخ المكواة النارية (مريون) فاذا كان الورم كلوياً ظهرت منطقة واضحة امام الورم .

ولا يلامس الورم الكلوي جدار البطن مباشرة الا متى كان جسيماً جداً ومحا المنطقة الواضحة .

الرسم الشعاعي: يستدعي رسم الكلية ادوات متقنة وممارسة طويلة . ولا بد من تحضير المريض وافراغ امعائه قبل الرسم ، وبعد الرسم جيداً متى ظهر فيه محيط الكلية وحوافي ابي سواس . فهو يوضح شكل الكلية وحجمها ومحيطها ويشخص به استسقاء الكلية والسرطان والكلية المتعددة الاكياس والحصى ولذا كن بعض اشكال سل الكلية الطباشيرية وبعض الاستسقاءات القيحية تلتبس بالحصى لان ظلها ينطبع في الرسم وتسمى الحصى الكاذبة .

ومتى ظل منشأ ورم البطن مشكوكاً فيه وجب رسم المريض بعد ادخال مسبار ظليل في الحالب حتى الحويضة فيبدي الرسم احياناً انحرافاً في المسبار ويثبت ان الورم كلوي ويفيد هذا الرسم فائدة كبيرة متى كانت الكلية ساذجة لان اتجاه الحالب والنقطة التي ينتهي بها المسبار يعرفان به .

ومتى لم تثمر جميع هذه الوسائط المتقدمة وجب خزع القطن الاستقصائي (lombotomie) فقد تكون قشرة الحالب متعذرة او بيلة دموية بمجولة السبب او

تورم لا يعرف جوهره ولا مقره فتضطر الحالة الطيب الى خزع القطن. غير ان هذا الخزع اذا كان كافياً في بعض الاوقات لكشف الافة فهو لا يكفي في الحالات الاخرى للجزم بان الكلية سليمة ولا سيما في السل فان الكلية قد تكون مصابة به دون ان يظهر عليها ما يثبت هذا المرض وخزع القطن لا يفيد اقل فائدة في معرفة حالة الكلية الوظيفية .

الاستقصاء في الحويضة : يجرى ١ - - بالمس ٢ - بقترة الحالب ٣ - - بالرسم الشعاعي ٤ - - برسم الحويضة الشعاعي .

الجلس : قد يكون جلس النقطة المجاورة للسرة مؤلماً وهي تقع وحشي خط افقي مار بالسرة وبعيدة عنه زهاء ثلاثة قراريط وتناسب الحويضة . اما طرق الاستقصاء الاخرى فهي من متعلقات الاختصاصي .

ققترة الحالب : ربما يثبت ان البول منحبس في الحويضة وانها ممتدة به فمتى كان الامر كذلك ودخل المسبار الحويضة انصبت منه كمية غزيرة من البول تفوق سعة الحويضة الطبيعية ويعرف ان الحويضة متوسعة متى كانت الكمية ، التي يحقن الطبيب بها الحويضة ولا تحدث مضطراً دالاً على ان الحويضة قد بلغت اقصى حدها من التوسع ، اكثر من ١٥ سم .^٢

الرسم الشعاعي : قد بين ان في الحويضة حصاة .

رسم الحويضة الشعاعي : هو رسم الحويضة بعد حقنها بسائل ظليل (برومور الصوديوم ٢٠ بالمائة) تجنى من هذه الطريقة فوائد جمّة لانها تبين حجم الحويضة وشكلها وتظهر الحصى التي لم تبدُ بالرسم الشعاعي البسيط وتبدي ورم الحويضة بظهور بعض اقسام الحويضة كثيفة وبعضها الاخر واضحاً

وقد اشار لاغوبطريقة جديدة وهي معاينة الحويضة الشعاعية التي يبدو بها على
الدريئة طرز امتلاء الحويضة وانفراغها .

الاستقصاء في الحالب : يستقصى فيه بالجلس والمس الشرجي او المهبلية وإضاءة
المثانة وقترة الحالب والرسم الشعاعي .

الجلس : ان جس حالب سليم لا يبدي شيئاً ولكن متى كان ملتهباً وكان
الشخص هزيلاً كان جسمه مستطاعاً وحدث هذا الجلس الماء في بعض النقاط :
النقطة حول السرة وهي التي رأيناها حين كلامنا عن الحويضة . وحقيقة الامر
هي ان الحالب لا يجس الا في الناحية القطنية . ومتى كانت الكلية مصابة بالسل
يستطاع جس الحالب في الناحية الحوضية ويبدو تحت الاصبع كأنه قصبية
(الغليون) . ومتى كان الحالب الايمن مصاباً بالتبس الامر بالتهاب الزائدة .

النقطة الحرقفية : واقعة على الخط الاقي الذي يصل الشوك الحرقفي الامامي
العلوي الايمن بالايسر وعند تقاطعه مع خط عمودي صاعد من شوك العانة .
يضطجع الحالب في هذا الموضع على السطح العظمي المكون من جنيح العجز
ويستطاع ضغطه عليه .

النقطة الحالية المثانية السفلى : تناسب مدخل الحالب في المثانة وهي تبين
بالمس المستقيمي في الرجل والمهبلية في المرأة وتقع هذه النقطة على بعد عشرة
سنتيمترات من الشرج في الرجل ويستطاع الوصول اليها متى خفض العجان بشدة .
ولا بد من اخذ احتياطين ١ - ان ثلث المثانة لكي تكون سطوحاً
مقاوماً ثم تخفض بوضع يد على الناحية الخلفية فينخفض الحالب معها .

٢ - يفتش عن الحالب الايمن بالسبابة اليمنى وعن الحالب الايسر

بالسبابة اليسرى

أضائة المثانة : تعرف بها حالة فوهتي الحالبين وطرز تدفق البول منهما .
قشرة الحالبين : تجني منها معلومات مفيدة فإذا وقف القثائير كان ذلك
 دليلاً على ضيق او حصة .

الرسم الشعاعي : يعرف به أكثر الحصص الواقفة في الحالب ويستحسن ان
 يتحقق الأمر بالرسم الشعاعي بعد ادخال قثائير ظليل في الحالب واستنتاج ما اذا
 كان الظل ظل حصة (متى كان بلامسة المسبار) او ظل افة اخرى لا علاقة
 لها بالحالب (شريان معصود ، نامية عظيمة ، عقدة ، منطقة تكلس في الربط)

الاستقصاء في وظيفة الكلية

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يستقصى في وظيفة الكلية باجراء الاختبارات على البول جميعه او على بول كلية واحدة وتعرف بها حالة الكليتين معاً او تكشف الكلية المصابة ويفهم ما اذا كانت الكلية الثانية تقوم بوظيفتها .

وتحري وظيفة الكلية في الجراحة تفوق اهميته تشخيص الافة التشريحية نفسها يهتم الجراح قبل ان يستأصل احدى الكليتين بمعرفة ما اذا كانت الكلية الثانية تقوم بوظيفتها حق القيام وما اذا كانت تتمكن من تحمل العبء الذي يلقيه عليها استئصال الكلية الثانية اكثر من اهتمامه بمعرفة ما اذا كانت هذه الكلية سليمة او مريضة من الوجهة التشريحية .

وتحري الوظيفة مفيد ايضاً في تقرير الانذار الجراحي متى اجريت العمليات على اعضاء اخرى خلاف الكلية كما في استئصال الموثة (البروستاة) فان به نعلم ما اذا كان الاستئصال خالياً من الخطر ام ان الحالة تقضي بالاكتفاء بعملية ملطفة او بالاقتلاع عن اي عملية كانت .

وبما ان افراز البول هو العمل الاساسي في وظيفة الكلية وجب علينا ان نرى كيفية افراز الكلية لهذه المادة وللماء المنحلة فيه ، ولسائر المواد الاخرى التي تفرزها الكلية كما تفرز البول غير ان التفسرة التامة كما تجرى عادة لا تؤدي الى نتيجة حسنة لان ما يفرز لا قيمة له في تحري حالة المصفاة اذا لم تعرف المواد التي تناولها

الشخص من سوائل ومواد غذائية . والطرق المستعملة اليوم عديدة ولكل منها حسنات ومخازير ولهذا اكتفي بذكر افضلها واكثرها استعمالاً .

١ - معايرة البولة في الدم .

٢ - مرتبة امبار .

٣ - اختبار الفول سولفون فتالئين .

٥ - التكتشف الاقصى .

١ - معايرة البولة في الدم : تعرف في الممارسة وظيفة الكلية بمعايرة بولة الدم

وطريقتها ان يستخرج من وريد المريض صباحاً على الريق او قبل طعام الظهر ٢٠-٣٠ سم^٣ وترسل الى المخبر الكيماوي لمعايرة البولة فيها فاذا كان المقدار كثيراً كانت الوظيفة سيئة او كان قليلاً كانت حسنة .

وما من يجهل ان في الدم الطبيعي مقداراً من البولة آتياً من النسج ولا سيما من الكبد وان الكليتين تفرزان هذه البولة افرازاً متواصلاً . وبولة الدم في الشخص السليم تعادل ٢٠ - ٤٠ سنتغم . متى جمع الدم في غير اوقات الهضم واما في اوقات الهضم فتعادل البولة ٤٠ - ٥٠ سنتغم . وربما تجاوزت هذا المقدار وهذا الامر تابع لغناء الغذاء بالمواد الازوتية . وربما بلغت البولة في النهمين ٦٠ - ٨٠ سنتغراماً وتسمى هذه البولة الدموية الاساسية الفيدالية فمتى اجتمعت كمية كبيرة من البولة في الدم كان ذلك دليلاً على ان الكلية لا تقوم بعملها المفروض حق القيام .

ومتى بلغت البولة الدموية ٠,٥٠ - ٠,٦٠ غرام كانت عرضة للنقص او البقاء على

ما هي عليه او الازدياد فيجب والحالة هذه متى تجاوزت البولة الحد الطبيعي ان

تعاير في الدم كل شهرين او ثلاثة اشهر مرة لكي ينظم للشخص غذاء ملائم .
ومتى تجاوزت البولة الغرام واخذت بالازدياد قصت على صاحبها بعد
سنتين في الغالب .

ومتى بلغت البولة الغرامين وظلت ثابتة لا تبدل كان الموت سريعاً .
يعود الفضل الى فيدال ولامذنه في وضع هذه الاسس التي لم تخف اهميتها
في التهابات الكلية الطيبة وهي في الوقت نفسه قد افادت الجراحة الفائدة
الكبرى لانها قد اخرجت من دائرة الجراحة جميع المرضى الذين تبلغ بولتهم
الدموية الغرام فان مرضي كهؤلاء يكونون قد فقدوا من نشاطهم الكلوي مما
لا يقل عن ٩٥ ٪ .

٢ - مرتبة امار : متى كانت البولة الدموية اقل من غرام مكنتنا مرتبة
امبار من معرفه ما بقي من ملحمة الكلية فهي نسبة بولة الدم الى بولة البول ودليل
على حالة المصفاة الواقعة بينهما فمهما تبدل افراز البولة (م = مقدار البولة المفرزة
في وحدة من الزمن ٢٤ ساعة) وتكثفها (ك - كمية البولة في لتر من البول)
ومقدارها في الدم (ب - بولة الدم) بقيت هذه التبدلات منظمة واعطت عدداً
ثابتاً متى قسمت بولة الدم على الجذر المكعب من مقدار البولة المفرزة في وحدة
من الزمن .

وقد ادخل امار على صيغته بعض الاصلاحات فهذه المرتبة في
الشخص السليم تتراوح بين ٠٠٠٦٥ و ٠٠٠٨٠ وهي تزداد كلما ساءت وظيفة
الكلية . وليس في هذا الامر ما يدعو الى العجب لانه متى ازدادت بولة الدم
للاتهاب طرأ على الكلية نقصت البولة في البول فازدادت المرتبة وقد ثبت بعد

التحريات الطويلة ان هذه المرتبة تعادل في الكهل الصحيح الكليتين ٠٠٧٠ .
وانها فيه ٠٠١٠٠ متى كانت احدى كليتيه سليمة فقط والاخرى قد فقدت
وظيفتها او متى فقدت كل كلية من كليتيه نصف نشاطها . والعملية الجراحية
جائزة في هذه الحالة اما متى تجاوزت المرتبة ١٥ ٠٠ وكانت وظيفة الكليتين قد
نقصت الى ما يعادل الربع فالأفضل ترك الموضع جانباً .

غير ان مرتبة امبار لا تمكننا من معرفة ما اذا كانت الكلية الواحدة مصابة
ام الكليتان ولا اي الكليتين هي المصابة وعليه لا بد من تقرير ذلك بالاعراض
السريية وخزع القطن او اجراء المرتبة على بول كل كلية على حدة .

واجراء مرتبة امبار يستدعي بعض الاحتياطات والا كان الخطأ فاضحاً
فيجب ١ - ان تفرغ المثانة افراغاً تاماً بالقترة صباحاً على الريق ويعين الوقت
الذي تنتهي به القترة ويهمل البول ٢ - بعد ان يمر نصف ساعة يستخرج من
وريد المريض مقدار من الدم كما رأينا في معايرة البولة .

٣ - بعد ان يمر نصف ساعة او ساعة كاملة يجمع البول كله من المثانة
بالقترة ويضاف الى ما باله المريض في ذلك الزمن اذا كان قد بال ويعين
الوقت ويوزن المريض ويعث بجميع هذا (البول والدم والمعلومات) الى المخبر .
غير ان هذه المرتبة التي تستند الى مبادئ صحيحة تعترضها في الممارسة صعوبات
جمة فتخطى مدلولاتها وتناجها .

فان تبدلات افراز البولة والخطأ في الحساب وتنوعات الطرق في معايرة
البولة كل هذا يدعو الى تبين النتائج بين فحص وآخر .
ولا تفيد هذه المرتبة في الاولاد الذين يتعد وزنهم جداً عن الوزن الذي

قرره امبار ولا في المصابين بالنجاس الكلورور الذين تكون دماؤهم ممددة بما حبسه الكلورور من الماء فيها فتقص نسبة البولة في دماؤهم ولا في المصابين بالداء السكري المصحوب بالبوالة (polyurie) الذين تهبط نسبة البولة في ابوالهم .
ففي جميع هذه الحالات لا تعد مرتبة امبار واسطة جازمة بل واسطة يحسن التمسك بها متى جاءت نتائج الوسائط الاخرى مثبتة لها .

٣- اختبار الفانول سلفون فتالئين (phénol-sulfone- phtaléine) هو اسهل اجراء من مرتبة امبار واصح دلالة منها وقد انتشر استعماله وسيعم . فهو لا يستدعي معونة المخبر بل علبة مجهزة بما يحتاج اليه الطبيب في عمله يحضر ها في فرنسة معمل برينو (Bruneau)

ويقوم هذا الاختبار بتبول المريض اولاً فبحقن عضلات اليته او كتلته العجزية القطنية بستمتر مكعب واحد من محلول الفانول سلفون فتالئين الذي نسبته ٦ بالالف . وبعد ان تمر ساعة وعشر دقائق على الحقنة يبول المريض او يقتثر ويجمع البول في مخبار سعته لتر . ويعاد قلوياً بمحلول الصوده ويعرف ذلك بتلونه بلون احمر ثم يضاف الى البول ماء حتى اللتر ويرج المزيج ويملاً منه الانبوب الشاهد ويقابل لونه بالوان الانابيب القياسية وقد كتبت عليها ارقام ٣٥،٣٠ حتى الستين .

فمتى بدا في الانبوب الشاهد لون شبيه بلون الانبوب القياسي كان معدل افراز الكلية للفنول سلفون فتالئين معادلاً للرقم الذي كتب على الانبوب واذا كانت السرعة واجبة اجريت الحقنة في الوريد واستمر الاختبار نصف ساعة فقط ، وتبدل الانابيب القياسية كل سنة لان لونها يحول .

واننا نورد الان جدولاً وضعه مريون تظهر فيه مناسبات الطرق المختلفة .

بولة الدم	المرتبة	فانول سلفون فتالئين بخلال ساعة
٠.٤٣٠	٠.٤٠٧٥	٥٧
٠.٤٤٠	٠.٤٠٧٨	٥٣
٠.٤٥٠	٠.٤١٣٥	٣١
٠.٤٨٠	٠.٤٢٠٠	١٨
١	٠.٤٢٨٠	١١

فتمت كان الافراز ٦٠ بالمائة بعد الحقن بسبعين دقيقة كانت وظيفة الكليتين
خسنة ، لان الكليتين المريضتين تفرزان اقل من ذلك .

ويجرى هذا الاختبار في سياق فصل البولين احدهما عن الاخر وتجنبي منه
معلومات دقيقة عن مقابلة احدى الكليتين بالثانية .

ومن حسناته ان افراز هذه المادة لا تؤثر فيها سوى افات الكليتين وان
العوامل الخارجية عنها لا تأثير لها البتة .

٤ — البولة الاختبارية : تمكنا الطرق السابقة من معرفة حالة المصفاة

الكلوية بما يختص بافراز المواد الذائبة غير ان هذا الامر لا يمثل وحده وظيفة
الكلية جميعها لان افراز المادة المذابة يعني بها ماء البول مهم جداً في معرفة وظيفة
الكلية فالبولة الاختبارية المجرأة على البولين المنفصلين او على البول جميعه
تحقق سرعة افراز الماء .

يحمي الشخص عن كل طعام وشراب اربع ساعات وتفرغ مثانته ثم يترك
نصف ساعة ويبول في قدح مدرج ونقاس الكمية التي افرازها وهو صائم عن
الماء في نصف ساعة ثم يسقي ٥٠٠ سم^٣ ماء ويجمع بوله كل نصف ساعة ثلاث

مرات متوالية وتقاس الكمية كل مرة ففي الحالة الطبيعية يزداد افراز البول في نصف الساعة الثاني وينقص في بدء النصف الثالث فاذا لم يزداد البول في انصاف الساعات الثلاثة التي تعقب شرب الماء ازدياداً محسوساً عن نصف الساعة الذي سبق الشرب قيل ان الشخص لا يتفاعل ازاء البولة الاختبارية . وقيل انه يتفاعل متى ازداد افراز البول ومرّ شيء من نصف اللتر الذي شربه المريض وكما كان المقدار المفرز كثيراً كان التفاعل شديداً . واذا رغب في فصل البولين لم يتبدل شيء في طرز اجراء الاختبار . غير ان البولة الاختبارية لا تعد صحيحة الدلالة الا متى كان امتصاص الامعاء للماء طبيعياً وهذا ما لا يستطيع الجسم به وعليه يعاد الاختبار مرات متوالية ليحكم بصحته .

ولربما تأثرت الكلتيان وتبدل افرازهما بعد قشرة الحالبين فتشوشت النتيجة وعليه يجب ان تقابل نتيجة الافراز بعد القشرة بنتيجتها قبلها ، غير ان الفترة مفيدة وكبيرة الدلالة لانها تمكننا من معرفة وظيفة الكلتيين جيداً وذلك متى تفاعلت كلية ازاء البولة الاختبارية ولم تتفاعل الثانية . ولهذا الاختبار فائدة أيضاً في معرفة افراز الكلية للبوله لا في الاطلاع على درجة تكثفها فمتي كانت الكلية طبيعية افترزت من البولة في ساعتين زهاء ٠٨٠ . نتقهماً .

• — التكثف الاقصى (concentration maxima) إذا كان مقدار البولة

المفرز في لتر من البول لا يدل دلالة صريحة على حالة الكلية متى لم يعرف جوهر المواد الغذائية وثقلها خلال اليوم الذي جمع الشخص به بولة فان تحري المقدار الاقصى الذي تتمكن الكلية من افرازه في لتر من الماء كبير الدلالة في انذار بعض انقباسات البولة في الدم . فهذا التكثف الاقصى الذي به تتمكن كلية الشخص من

افراز البولة يطلعنا على جوهر ملحمة (برنشيم) الكلية (وقد رأينا ان مرتبة امبار تطلعنا على كمية تلك الملحمة) .

ان معدل البولة في الدم هو ٠،٣٠ سنغراماً لكل لتر فاذا كانت الكلية لا يفرز البولة الا متى كانت كثافتها منخفضة كان عليها ان تفرز ١٠٠ لتر في اليوم لتفرغ معها ٣٠ غرام بولة فالكلية تكشف البولة اكثر من ١٠٠ مرة وتفرزها بسهولة متى كان تكثفها ٣٠-٤٠ في الالف . ولربما بلغ تكثفها متى لم يتناول الشخص ماء كثيراً او متى كان العرق غزيراً اشد دون ان يتجاوز ٥٥ في الالف . فمتى كان الشخص سليماً وكهلاً يفرز في يومه ٣٠ غرام بولة في لتر ونصف لتر من البول فيكون تكثف البولة ٢٠ في الالف او في لتر من البول فقط فيكون تكثفها ٣٠ في الالف أو ٦٠٠ سم^٣ من البول فيكون تكثفها ٥٠ في الالف ولا تزداد البولة في دمه مطلقاً لانها تفرغ انفراغاً تاماً (جامبرو)

اما المريض المصاب بالتهاب الكلية فلا تتمكن كليته من تكثيف البولة الا لعشرة في الالف فيكون مضطراً الى افراز ٣ اثار بول ليفرغ معها ٣٠ غرام بولة واذا هبط هذا التكثف الى ٥ في الالف كان عليه ان يفرز ٦ اثار بول وقس على ذلك . فاذا لم يفرز الا لتر بول فقط لم يفرغ من البولة الا عشرة غرامات في الحالة الاولى وخمسة غرامات في الحالة الثانية فتجتمع البولة في الدم وتتراكم وتعلو نسبتها فتمتئ طراً على المريض ما يقلل بولة كالتخدير والصدمة الجراحية والاقياء كان من الواجب قبل تعريضه لهذا الامر ان يعرف مقدار البولة الاقصى الذي تتمكن ملحمة الكلية من افرازه مع لتر من البول .

وطريقة العمل هي : يعطى المريض كل يوم ٣-٤ اثار لبن خاثر بعد

ازالة المصل منه بوضعه في كيس قماش ويضاف الى كل لتر ٣٠-٤٠ غرام سكر
ويشابر على هذا النظام الغذائي ثلاثة ايام ويمتنع عن كل غذاء سوى هذا وعن
السوائل ايضاً الا في اليوم الثالث الذي يسمح به للشخص بتناول جرعات
قليلة من الماء . ويتحرى التكثف الاقصى في اليوم الرابع ويجوز اجراء هذا
الاختبار على بول الكليتين او بول كل كلية على حدة . فمتى كانت الكلية سليمة
كانت درجة التكثف الاقصى فيها ٥٠ في الالف ومتى كانت مريضة هبطت
هذه الدرجة الى ٢٠ او ١٥ او ١٠ وربما الى اقل من ذلك . فمتى كانت الكليتان
قادرتين على التكثيف قاومتا التبول (oligurie) والا انجست البولة في الدم .
وهذه الطريقة دقيقة للغاية غير انها تزعج المريض لانها تضطره الى الحمية
ثلاثة ايام وهذا سبب اهمال الاطباء لها واكتفائهم في اكثر الاوقات بالطرق الاخرى
وصفوة القول ان معايرة بولة الدم ومرتبة امبار واختبار الفانول سلفون
فالتين مفيدة كل الفائدة في ايقاف الطبيب على حالة الكليتين معاً (غير ان
الفتالتين افضل الطرق الثلاث متى اختلفت نتيجة معايرة البولة عن نتيجة المرتبة)
غير ان تشخيص مقر الافة وحصرها في كلية واحدة او الحكم بمرض الكليتين
معاً يستدعي فترة الحالبين - ويعرف هذا الامر في الممارسة بدرس افراز البولة
(٨٠) . مستغرام بولة على الاقل خلال ساعتين متى كانت الكلية صحيحة - واجراء
البولة الاختبارية التي تبين ان الكلية التي يحتفظ بها قادرة على القيام بما يطلب منها .
واذا كانت النتائج المستقاة ناقصة او مشكوكا فيها يجرى اختبار البولة
على الكليتين معاً لمقابلته مع نتيجة البولة الاولى واختبار التكثف الاقصى .
ومهما يكن الامر فلا بد من النظر الى حالة المريض العامة

المعهد الطبي العربي وموئلفاته

امام محمى الطب الفرنسى

ترجمها الحكيم ميشل خورى

طالعنا فى النشرة الاسبوعية التى يصدرها عن باريس محمى الطب الفرنسى والمؤرخة فى ٢٠ تشرين الثانى سنة ١٩٢٨ ان حضرة الاستاذ سرجان (Sergent) احد اعضائها التى فى الجلسة المنعقدة بالتاريخ المذكور كلمة تتعلق بكتاب السريريات والمداواة الطبية الذى وضعه الاساتذة الحكماء ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطى . وقد اثرنا نقلها لقراء هذه المجلة فيما يلى : قال الاستاذ سرجان .

لى الشرف بان اقدم الى ندوتكم الموقرة كتاب السريريات والمداواة الطبية الذى وضعه الحكماء ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطى الاساتذة فى معهد الطب بدمشق . وهذا المؤلف الذى وضع على اساس التعليم السريرى الفرنسى هو مثال امثل للسريريات والمداواة الحديثة . وهو عملى فى جوهره والغرض من وضعه ان يكون المرجع الاول لاطباء العرب لاسيما وقد كتب بلغة عربية فصحة هى من خير ما يكتب فى جميع البلاد الناطقة بالاضاد . ومصطلحاته الفنية العربية صالحة توافق مدلولاتها الاجنبية كل الموافقة ولكى يسهل فهمها ذكر الى جانبها ما يقابلها باللغة الفرنسية واما المصطلحات القديمة التى لم تعد دلالتها صالحة فقد اهملت واستعيز عنها بمصطلحات حديثة . وعليه فان فى الكتاب المذكور ما يوقظ التقاليد العلمية العربية التى ما برحت غارقة فى سباتها منذ القرن السابع للهجرة . كما انه يعد اثراً خالداً ينصب على شرف العلم الفرنسى واللغة الفرنسية وواسطة قيمة لاداعة فضل طرائقنا وللإعلان عن حماتنا (مياهننا المعدنية)

ومر كباتنا الصيدلية . وهو ولا شبهة يعين على جعل اللغة الفرنسية ذات المقام الثاني في العالم العلمي العربي . أه

وقد قرأنا في النشرة الصادرة بتاريخ ٤ كانون الاول سنة ١٩٢٨ نص التقرير الذي قدمه الى محفى الطب الموسيو اشار Achard ، السكرتير العام لهذا المحفى وهو يتضمن وصفاً مسهباً لرحلته التي قام بها في الشرق منذ مدة وجيزة متفقدأ مدارس الطبية وواقفاً بنفسه على مبلغ نشاط الروح العلمية فيه . واننا ننقل للقراء فيما يلي ما ذكره الموسيو اشار عن معهدنا الطبي :

٠٠٠ اما في دمشق فان المعهد الطبي العربي مؤسسة حديثة العهد ابرزتها الى عالم الوجود في البيئه السورية النيرة هذه الرغبة الملحة التي تريد ان تجدد عهد جامعة دمشق القديمة وان تجعل للمرة الثانية من هذه المدينة التاريخية عاصمة من عواصم الفكر الاسلامي .

وقد وجدت ان رئيس هذا المعهد رضا سعيد بك الذي كان غائباً حين زيارتي ونائبه طاهر بك يبدلان كل ما في وسعهما لأجل تقدم هذا المعهد وادخال كل جديد مستحدث اليه لجعله يضاهي ارقى مدارس الطب . وهو يتألف من ٣ شعب هي شعب الطب والصيدلة وطب الاسنان وفرعين هما فرعا القبالة والعمرىض . ويشتمل على مستشفى للتعليم مجهز باحدث التجهيزات والمهمة مبذولة لتكبيره واحداث اجنحة جديدة خاصة بالولادة والامراض السارية واقسام اخرى لاجل فروع الاختصاص والخبار . وهو الان يحتوي على ١٢٠ سريراً وسيضاف اليه قريباً ٥٠ سواها .

ويقوم اطباء داخلون بمنظرة المستشفى وهوءلاء يعينون على اثر مسابقة

نقام بعد نيلهم اجازة الطب وتدوم وظيفة كل منهم سنة كاملة . ولقد تعرفت الى اربعة من هؤلاء الاطباء اثنين منهم كانوا مدعويين لتقلد وظائف رسمية في الحجاز والعراق . وذلك داعي الى الاغتراب فان مدرسة الطب السورية الفتية آخذة بارسال مخرجيها الى الاقطار العربية المجاورة مما يعود بالفائدة الجزيلة على جميع هذه الاقطار .

واما برنامج الدروس فيكاد يكون مطابقاً للبرنامج الفرنسي . غير ان الامتحانات السريرية تجري في نهاية سني الدراسة وتؤلف قسماً من امتحان اجمالي في كل مواد البرنامج ويسمى بامتحان الدكتوراه . وكما هو الحال في بيروت فان الطالب المنتهي لا يجبر على تقديم اطروحة الدكتوراه .

وتلقى الدروس بالعربية وبعضها يعطى بالفرنسية من قبل اساتذة فرنسيين عددهم الان اربعة وهم الدكتور لوسر كل للجراحة وجود للأراض العصبية والعقلية وترابو للتطبيقات السريرية الباطنة وجينسته لطب الاسنان . وقد الف هؤلاء كما الف سواهم من اساتذة المعهد كتباً قيمة يتداولها الطلاب .

ولم يهمل في دمشق الاستعداد للدروس الطبية . فقد تقدم فيها التعليم الثانوي تقدماً عظيماً ولا يسمح الان بدخول معهدي الطب والحقوق فيها الا لخبذة مختارة من الطلبة بعد جوازهم امتحان البكالوريا السورية الذي يرجع الفضل في تأسيسه الى الموسيو راجه مستشار المعارف العامة في سورية ومن مقتضيات الامتحان المذكور ان يكون الطالب راسخاً في العربية والفرنسية . وهو يحل محل الشهادة القديمة التي كانت تمنح حين نهاية الدروس وتعطى بسهولة تحت تأثير التوسط او التدخل الخارجي .

وتعطي دروس صف العلوم (P.C.N.) في بنايات قوية رمتها الجامعة بعناية فائقة بعد ان استلمتها من الاوقاف وهي واقعة في تكية السلطان سليمان القانوني التي كانت فيما مضى مدرسة لتخريج العلماء ومأوى لحجاج البيت الحرام وقد تولى مهندس معماري حاذق يدعى الموسيو دارندا - الذي هو قنصل اسبانيا بدمشق - ترميم البنايات المذكورة محافطاً بكل دقة على شكلها الفني العربي . وصف العلوم الآنف الذكر مرتبطاً برأساً بمعهد الطب . ويعطي بعض دروسه اساتذة المعهد انفسهم .

ومما يجب ذكره ان علاقة الطلاب باساتذتهم الفرنسيين من افضل العلاقات فقد حدث في زمن الثورة ان ذهب وفد من الطلاب الى مدام جود لتهدئة روعها موء كدين لها ان ليس هنالك ما تخشاه على زوجها او على نفسها . وانهم اعترافاً بفضل استاذهم يبدلون ما في وسعهم لاجل حمايتها . افليس في هذا ما يشرف الطلاب والاستاذ معاً ؟ ؟

واذا ذكر العمل المجيد الذي يتوطد به النفوذ الفرنسي في الشرق الادنى فانه من العدل ان توضع في مكانها السامي اللائق بها تلك الجهود الثمينة التي يبذلها الطبيب الجنرال دوغه مدير الصحة في جيش الشرق ومفتش الصحة العام في المفوضية العليا فان ما يتصف به من العبقريّة وما يتمتع به من السلطة التي ينفذها بكل عطف على مأموريه مستحثاً اياهم على العمل ، وما يظهره من الحزم والثبات في منصبه كل ذلك مكنه من تنظيم دائرة الصحة والاسعاف في كل البلاد المشمولة بالانتداب ومن الاشتراك الفعلي في اصلاح التنقيف الطبي في دمشق كما في بيروت .

مقتطفات حديثة

مترجمة عن جرائد الغرب بقلم الحكيم شوكت موفق الشطي

الاستاذ في معهد الطب بدمشق

أ - الطب والموسيقى

عرف منذ عهد اسكولاب ان للموسيقى تأثيراً عظيماً في الجسم فالموسيقى توتر في حالة الانسان الروحية ولهذه الحالة الروحية علاقة وثيقة بالحالة الجسدية .
لنأخذ مثلاً على ذلك عزف الانغام الشجية في اثناء الطعام فانه يبعد عن السامع الافكار المحزنة التي قد تزعجه فيزداد اشتهاؤه ويسهل عليه الهضم .
وقد عرف هذا التأثير منذ عهد قديم حتى ان موسيقيي العصور الغابرة استثمروا براعتهم لشفاء بعض الحالات التي نظراً على الانسان ولا سيما الاحوال التي تخالطها افعال شيطانية بعرف ذلك الزمن وهذا ما طرأ على الملك شاوول الذي لبست روحه الشياطين واخذت تعذب جسمه عذاباً مزعجاً حتى أعيأ امره الاطباء فتقدم اليه داود بآلة موسيقية تطرد انغامها الوسواس الشيطانية واخذ يوقع عليها انغماً مفرحة فاستراح الملك .

وقد عرف اليونانيون فائدة الموسيقى في الطب فقال ديموقريط واولوجل ان القيثارة دواء عجيب يسكن لحنه الرخيم الام عرق النساء (العصب الوريكي)
تنفث داء الرقص في القرون الوسطى فظن الاوريون ان شفاءه لا يكون الا بالانغام فاهتمت السلطات بذلك واخذت تجهز حملات الموسيقيين على هذا المرض الويل ويقول هكر ان هذه الطريقة افادت بعض الفائدة وكان المرضى

لا يطبقون استماع الانغام غير الموزونة .

وادعى جيامبا تيستابورتو في بدء العصر السادس عشر ان لانغام الآلات الموسيقية المصنوعة من نباتات طبية فائدة النباتات نفسها .

هذه هي بعض اراء الاقدمين وقد جربت انغام البيانو في نيويورك على ١٤٠٠ مريض فافادت . ولا شك ان للنظم في الانغام تأثيراً مقوياً عظيماً ولا يخفى على احد ان الفرق العسكرية التي تسير في الحر سيراً متعباً وهي تنشد الانغام وتسمع اصوات الموسيقى العسكرية لا تشعر بالتعب .

ووضع الحكيم هونتر (١٨٩٢) من انكلتره بيانو في قاعة المرضى فلاحظ ان انغامه تخفف الالام او تزيلها وقد نقصت الحرارة في سبعين بالمائة من المرضى . وقد ذكر الدكتور الروسي بشنسكي سنة ١٨٩٦ انه عالج طفلاً مصاباً بخوف شديد في الليل بأساليب متعددة فلم ينجح احدها فأشار على والدته ان تسمعه في الليل انغام الفالس وقد تحسنت حالته على اثر ذلك فترك العزف فعاد الاضطراب الى الطفل فكررت العزف على الآلة في كل ليلة ففي اليومين مرة فكل ثلاثة ايام مرة واستمرت على هذا المنوال الى ان تم الشفاء وقد عالج احد اطباء الفرنسيين ولده المصاب بأرق والام بأنغام القيثارة فتحسنت حالة الطفل وقد لاحظ اطباء المستشفيات في سياق الحرب وبعدها ان الموسيقى مفيدة جداً فهي تخفف من لوعة الالام وتزيل الاوهام وتنشط المعنويات وتزيل الكلال وتحبي الأمل .

لنذكر الآن كيف تأثرت الانغام الموسيقية بهذه الفوائد ؟

اجري دوجيل سلسلة تجارب في الانسان والحيوان استنتج منها ما يلي :

١ - للموسيقى في الانسان والحيوان تأثير في الدوران الدموي .

٢ - ينخفض التوتر او يرتفع حسب الانغام .

٣ = تزيد الالمان الموسيقية في الغالب تقلصات القلب .

٤ = يزداد عدد الانفاس .

٥ = يختلف التوتر باختلاف شدة اللحن وعلوه .

ان الالام تحدث الانزعاج بخلاف الموسيقى التي تريح النفس وتخفف عنها وتنبه السرور والفرح فتمت عرفت الانغام على مسمع من متالم تخاصم المنبهان المزعج والمسر في محكمة الضمير فان كان الاول اقوى ظل الالم والا تجسنت الحالة وما قيل في الالام ينطبق على الارق .

وينجم تأثير الموسيقى الحسن ايضاً من انتقال التنبيه الى الجملة العصبية الودية التي تعمل عملاً مختلفاً في عدة اعضاء يتضح لنا بذلك تأثيرها المنشط في الاغتذاء والهضم . وقد وضع احد الاطباء الامير كان الحكيم روبر شوفلر كتاباً في المداواة الموسيقية ووصف فيه لكل داء قطعة موسيقية خاصة .

٢ - سباب تنن الانف (ozène) ومداواته

لا يزال تنن الانف في زمرة الامراض العويصة التي لم يعرف سببها حتى اليوم . وقد لاحظ اطباء ولا سيما الاختصاصيون ان هذا الداء عيلى في الغالب فخيّل اليهم ان للأثر دخلاً في احداثه . وقد دلت الفحوص السريرية على ان انوف المصابين به مفلطحة وروء وسهم قصيرة وقد خص هذا الداء في بعض مناطق جغرافية فهو كثير في كونفسبرغ وفي اسبانية والصين واليابان واليونان .

بدا عليشان في المانيا وهالفن في فرنسة ان تنن الانف يصيب المراهقين بالخاصة فنسبه الاول الى وقوع تبدلات كيمياوية في الدم (ازدياد شحم الصفراء « كولسترين » ازدياداً فائقاً) والثاني الى نقص مفرزات الغدد الداخلية الافراغ واعتقد غلاشيب (Glasscheib) ان هذا المرض الانفي ليس الا تظاهراً لمرض عام عضوي وليس الضمور الذي يصيب عظام الانف فيه الا رمزا للضمور العضوية العام فالمعشكلة (بنكر ياس) ضامرة وافرازها الباطن مضطرب ، وشاهد ان مخمرات الشحم في الدم كانت ناقصة في ثلاثين حادثة .

جرب بعض اطباء على اثر هذه النظرية مداواة هذه العلة بالحقن بالانسولين فشفي من المرضى ٢٠ ٪ .

وجرب اريخ فرنك (Erich Frank) الستالين (synthaline) ووضع قطيلات في الحفرتين الانفيتين مبللة بالانسولين .

وعزا بعضهم هذه العلة الى قصور المبيضين في النساء وفكر الفرنسيون في ان هذه العلة ناجمة من خراب العقدة الحنكية الوتدية

(ganglion sphéno - palatin) استناداً الى الاعراض الاتية : ازرقاق الاطراف الدائم القليل الالم (acrocyanose) ضيق الحذقتين اسراع القلب وخزع بورتمان (Portmann) ولومتز (Lemaître) الالياف الودية من حول الشرايين السباتية (sympathicectomy péricarotidienne) في بعض حوادث فنيجحا ويقول سالك (Sack) انه احدث تنن الانف باستئصاله للعقدة الودية الحنكية .

وقد نشر ورمس (worms) حادثة التهاب انف ضموري تنن وحيد الجانب ظهرت في جندي على اثر اصابته ببرم ناري في عقدة مكل وظن بعضهم ان تنن الانف مرض عفن فاخذوا يفتشون عن الجرثوم المحدث ففصل البعض مكورات عقدية مختلفة وفصل آبل (Abel) ولونبرغ (Lowenberg) عصية من نوع عصية فريد لاندر وبرز (Pérez) عصية مكورة في قشور الانف التنن وعرف بلفنتي (Belfanti) عصية من نوع العصيات الذباحية الكاذبة فاستعمل مصلاً مضاداً لها فشفي بعض مرضاه فاستنتج انها هي السبب المحدث .

ويعتقد لوتنشلاغر (Lautenschlager) ان تنن الانف قد ينجم من جميع الجراثيم المحدثه لامراض نفاطية في الاطفال .

وما تنن الانف حسب رأي هيرخ (Hirsch) الا التهاب في عظم القرينات الانفية وسمحاقها ، وهو ناجم على رأي فيومنس (Vieussens) وروج (Rouge) وميشل (Michel) من امراض احد الاجواف الملحقه بالانف (التهاب الجيوب الغربالي ، الجبهي ، الوتدي ، الفكّي) وقد اخذت هذه الفكرة تروج في ايماننا الحاضرة .

ولا شك ان للزهري دخلاً عظيماً في احداثه ويمتاز تن الانف الزهري بإمكان شفائه في الغالب .

اما المداواة فتقوم بغسل الانف بنصف لتر ماء صباحاً وبنصف لتر آخر مساءً ولا بأس في حل مادة مطهرة فيه ، ويجب الاستمرار على هذه المعالجة مدة طويلة (عدة شهور) .

وقد جرب تبطس (Taptas) منذ بضع سنوات المداواة بالاستدماء الذاتي (autohémotherapie) فاستفاد مرضاه في ايام معدودة ، وجربت اللقاحات فلم تكن فائدتها عظيمة ايضاً ، واستعملت مواد مطهرة ملونة فلم تفد . وسعى بعض المؤلفين الى تضيق حفرقي الانف بطريقة التصنيع او بحقن القرينات بالبارافين فكانت النتائج احسن من النتائج التي جنت من الطرق السابقة ولكن الاتجاه الى هذه الطريقة غير جائز ما لم تغسل الطرق الاخرى .

وحقن غونس (Guns) المرضى بـ ٢/٠ بيلو كربين عملاً بالنظرية الودية وعان مرضاه فرأى ان القشور قد قلت ولم يعد الانف جافاً وبدا الغشاء المخاطي اقل احتقاناً الا ان الرائحة النتنة لم تزل .

يستنتج من تعدد النظريات وكثرة طرق المداواة ان الغموض والابهام لا يزالان محييين على هذه العلة المزعجة .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٢٩ م . الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٧ هـ

تقرير عميد الجامعة السورية

الحكيم رضا سعيد بك

عن مؤتمر القاهرة الطبي

بناءً على القرار رقم ٥٦٠ القاضي بتأليف لجنة من اساتذة المعهد الطبي العربي لتمثيل المعهد في مؤتمر امراض البلاد الحارة الدولي الذي يعقد في القاهرة في كانون الاول ١٩٢٨ بمناسبة العيد المئوي لتأسيس معهد الطب المصري .
ذهبت هذه اللجنة^(١) للقيام بهذا التمثيل وهي ترفع تقريرها الرشي بما لقيته في هذه المهمة مجملة ذلك في ابحاث اربعة .

- ١ - خلاصة وصف المؤتمر
- ٢ - اعمال المؤتمر العلمية
- ٣ - فائدة امثال هذا المؤتمر
- ٤ - ما نراه مفيداً من هذا المؤتمر

(١) كانت اللجنة مؤلفة من الاستاذين الحكيمين حمدي الخياط والموسيو ترايو تحت رئاسة معالي عميد الجامعة السورية رضا سعيد بك « المجلة »

١ - خلاصة وصف المؤتمر

افتتح المؤتمر الدولي لامراض البلاد الحارة وعلم الصحة في القاهرة في الساعة الحادية عشرة من اليوم الخامس عشر من شهر كانون الاول ١٩٢٨ . بحضور صاحب الجلالة فؤاد الاول ملك مصر المعظم في دار الاوبرا الخديوية وبعد ان اعلن جلالة الملك افتتاح هذا المؤتمر قام سعادة محمد شاهين باشا وكيل امور الصحة ونائب رئيس لجنة المؤتمر والتي بين يدي جلالته خطاباً شيقاً بين فيه الاسباب الداعية الى عقد هذا المؤتمر في مصر ورحب بالاعضاء المؤتمرين وتمنى لهم التوفيق في اعمالهم وحسن الإقامة في مصر كما انه قدم لجلالة الملك مدالية المؤتمر المنقوش على وجهها رسم (امحوتب) الذي كان يعتبر احد آلهة الطب عند المصريين القدماء ثم قام كبير المندوبين الالمان فالتقى كلمة وجيزة اشار فيها الى مجهودات العلماء والاطباء الالمان الذين نزلوا مصر منذ انشاء مدرسة الطب المصرية ونوه بالبحوث التي اسفرت عن كشف مرض البلهارسيا .

ونهبز بعده كبير المندوبين الامير يكيين فافاض في وصف الحضارة المصرية ثم استطرد الى الكلام عن اهمية هذا المؤتمر وختم خطابه بابلاغ جلالة الملك تحية رئيس الجمهورية الاميركية .

وتبعه كبير المندوبين الفرنسيين فاشار الى العلاقات القديمة التي تربط فرنسا بمصر ونوه بالخدم الجليلة التي اسداها بعض الفرنسيين في ذلك القطر كشمبليون وماريت ودولسبس وقال ان من دواعي فخر الشعب الفرنسي واغتباطه ان يكون واضع نواة مدرسة الطب المصرية فرنسياً وهو ككوت بك .

ونوه بحسن العلاقات بين الامتين المصرية والفرنسية وختم خطابه بقوله انه قد كلفه عميد كلية مونبليه ان يقدم الى كلية الطب المصرية الرسالة الطبية التي قدمها كلوث بك الى مدرسة مونبليه لاحراز الشهادة العلمية (دكتوراه) فكان لهذه الهدية السنية وقع حسن .

وتلاه كبير المندوبين البريطانيين فقال انا لا ننسى ان علينا ديننا لمدينة مصر القديمة كما اننا لا ننسى ان فجر العلوم الطبية انشق من هذه البلاد التي هي عقد الاتصال بين الشرق والغرب ثم استطرد الى القول عن نهضة مصر الحاضرة ونوه بما فيها من الاصلاحات الصحية بالخاصة وفي مقدمتها انشاء المستشفيات واثني على القائمين بها والساهرين على رفاهية هذا القطر ورخائه وعلى رأسهم جلالة الملك .

وتسكلم بعده المندوب الرسمي للحكومة اليونان وافاض في وصف رعاية جلالة الملك للعلم واهله وعطفه على رجاله .

وخطب كبير المندوبين الايطاليين خطبة وجيزة اطنب فيها بماثر المدينة المصرية القديمة وختمها بتحية جلالة الملك والشعب المصري وفي الختام نهض كبير المندوبين اليابانيين وقال انه في الوقت الذي تتحد فيه جهود السياسة في اوروبا على تبديد شبح الحرب الخفيف تتحد في المؤتمر الطبي الذي يعقد في مصر جيوش مشاهير اطباء لمحاربة الجراثيم التي لا يقل فتكها الذريع عن فتك الحروب الهوجاء ثم قال ان المندوبين اليابانيين الذين قدموا مصر بهذه المناسبة انما قدموها ليستزيدوا علماً وعرفاناً وانهم يرفعون الى جلالة الملك فواد اسمى عبارات ولائهم واجلالهم . وقد قوبلت خطبته هذه بتصفيق الاستحسان الشديد .

وهنا نهض جلالة الملك يحف به وزراؤه واعلن سكرتير لجنة تنظيم المؤتمر انتهاء الاحتفال .

وفي الساعة الثالثة والنصف من ذلك النهار افتتح معرض الآلات الطبية والادوية بمحديقة الجمعية الزراعية الملكية بالجزيرة بحضور صاحب الجلالة ايضاً . وكان هذا المعرض حسن الانتظام والترتيب عرض فيه كثير من الادوات الفنية الحديثة لمختلف شعب الطب وكثير من الادوية الحديثة . واهم ما كان فيه معرض الصحة المصرية الذي عرضت فيه نماذج ناطقة عن الجهود العظيمة التي تقوم بها وكالة الصحة هناك لمحاربة الامراض على اختلافها والامراض الخاصة كالزمد والبلهارسيا والانكيلوستوما بوجه اخص ، وكان في هذا الفرع قسم لصحة الاطفال عرضت فيه جميع الوسائل الواجب اتخاذها لوقاية الطفل في طفولته الاولى وطرق العناية به من نظافة ولباس وغذاء وما الى ذلك وكان هناك بعض القابلات او الممرضات يبين للجمهور كيفية الاستفادة من هذه المعروضات .

ولم يكن هذا القسم مقتصرًا على عرض هذه الاشياء الصحية فقط بل كان هناك قسم خاص بالتأمم والتعاون والمختلفة التي يستعملها جهال المصريين والدعوة الى محاربتها . وكان هنالك نماذج من المستشفيات النقالة لمكافحة الامراض السارية والابوثة بصورة جدية كما انه كان هناك مخبر (لابوراتوار) نقال يحوي جميع ما يطلب في مخبر لمكافحة الابوثة المختلفة .

اما الكتب التي عرضت من معهدنا في هذا المعرض فكانت موضع الدهشة والاستغراب من كثير من الاطباء الذين كانوا يظنون ان هذا لا يستطاع الا في

لغة اجنبية ولقد لقينا الاطراء والتشجيع من كثير من الزملاء حتى ان جريدة المقطم الغراء جعلت ذلك بين مواد افتتاحيتها المنشورة في العدد ١٣١١٥ تحت عنوان « تعليم العلوم العالية بالعربية ، مثال من دمشق » قالت : « ان مسألة تعليم العلوم العالية باللغة العربية وتاليف المؤلفات وتصنيف المصنفات لها بهذه اللغة مشكلة قديمة عولجت قبل اليوم في سورية ومصر في درس الطب وسواء وانقسمت الآراء فيها ففي كليات بيروت الطيبة مثلاً حكموا ان تعليم الطب بالعربية محال لتعذر تدبير الكتب اللازمة بها وصعوبة تأليفها وتثقيفها لتظل مجارية لتقدم العلوم السريع وقلة رواجها وعظم الخسارة المالية فيها . وفي مصر كانت السياسة وسطاً بين اللغتين العربية والاجنبية .

ولكن كلية الطب في دمشق جاءت الان يبرهان جديد على امكان تعليم الطب بالعربية وصنع الكتب اللازمة له بها واقامت الحجة على صحة هذه النظرية بمجموعة من الكتب النفيسة الفها اساتذة ذلك المعهد وطبعوها لفائدة تلاميذهم فاسدوا الى العربية خدمة جليلة وابدوا من المهمة والاجتهاد ما يكتب لهم بحروف من ذهب .

شاهدنا هذه المجموعة في المعرض الطبي فلم نكد نصدق ما رأت العين . ثم تفضل ناظر الكلية الدكتور الهام رضا بك سعيد فاتحفنا بمجموعة منها وبعض منها ضخمة يتجاوز عدد صفحاته الف صفحة وهو محلى بالرسوم اللازمة لايضاح متن الكلام ، فاعجبنا ايما اعجاب بهذه المهمة وهذا التفاني في الخدمة العامة . وسانا حضرته كيف استطاعوا تذليل العقبة المالية فوصف لنا ما يلاقونه . ومنه يتبين ان هؤلاء المؤلفين لا يكسبون من عملهم سوى الشعور بصديق الخدمة

والارتياح الى تأديتها في مساعدة تلاميذهم وبنينهم وبلادهم يضاف الى ذلك بعض الاحيان شيء من الخسارة المالية ايضا ولا افضل من هذا في تقرير فضل العلم والانصراف اليه لذاته علاوة على ما فيه من الدلالة المشار اليها فيما تقدم على ما استطاع متى صحت العزائم وصاحت النيات .

ان دمشق ما برحت مصدراً من مصادر الالهام في العلم والصناعة والتجارة والفنون فلا غرو اذا جادت بهذا الثمر البانع وظهر فضل ردها على العالم والتأليف . فعسى ما تم لها من هذا القليل ان يكون مثلاً يمتد به سواها من المراكز العربية الكبرى» .

هذا مثال من امثلة التشجيع وما كان لعرض هذه الكتب من التأثير في نفوس القوم في ذلك المؤتمر .

وفي مساء ذلك اليوم اقيمت حفلة ساهرة رسمية فخمة لأعضاء المؤتمر في سراي عابدين ، امتدت الى ما بعد منتصف الليل بقي فيها المدعوون كل حفاوة واكرام وفي الساعة الحادية عشرة من يوم الاحد كانت حفلة وضع الحجر الاساسي لبناء كلية الطب والمستشفى بالروضة بحضور صاحب الجلالة الملك .

وكانت لجنة الاحتفال قد استعدت لذلك احسن الاستعداد فنصبت على تلك الأراضي سرادقاً كبيراً قسمته الى عدة اقسام وافردت كل قسم منها الجلوس فئة من المدعوين ووضعت في ارجائه الكراسي والمقاعد المذهبة واقيم في صدره كرسي فخيم لجلوس جلالة الملك . وجهزت منصة الخطابة بآلة (ميكروفون) ونصبت ابواقها فوق المنصة التي احاطت بحجر الاساس لتسمع الخطب جيداً وكان فريق من اساتذة كلية الطب وجماعة من تلاميذها النجباء يستقبلون

المدعوين بالحفاوة والاحكام وشدونهم الى الاماكن المعدة لجلوسهم . ولا يسعنا في هذا المقام الا الثناء على الذين تولوا اعداد هذه الحفلة العظيمة التي جاءت من افخم الحفلات واكثرها نظاما ووقاراً .

وفي الساعة الحادية عشرة اقبل صاحب الجلالة الملك فوقف الحاضرون وبعد الجلوس اعلى الاستاذ احمد بك لطفي السيد مدير الجامعة ووزير المعارف منصة الخطابة والتي خطابه النفيس بمنطق عربي واضح فصيح وذكر ما لجلالة الملك على الجامعة من الايادي البيضاء والسعي في جعلها من ارقى الجامعات . ونوه بوضع حجر الاساس في بنائها الجديد بالجزيرة في ٧ فبراير سنة ١٩٢٨ حيث بناء كليتي الاداب والحقوق وشيك التمام وبناء دار الكتب ، فبناء كلية العلوم ، ثم بناء ادارة الجامعة ثم حي الطلبة ، واستطرد الى وضع حجر الاساس في بناء كلية الطب ومستشفاهها الكبير الذي سمي مستشفى الملك فؤاد الأول . وما قاله في خطابه عن مدرسة الطب .

« اما مدرسة الطب التي اسسها جدكم محمد علي الكبير سنة ١٨٢٧ في ابي زعبل والتي يحتفل بعيدها المثوي الان فانها قد قامت بالواجب عليها من خدمة الانسانية طوال هذا الترن ، ففيها تخرج اطباء مصر كلهم على التقريب . كما قد تخرج منها في العشر السنين الاخيرة ثلاثمائة وتسعة وسبعون طبيباً . ولم يقصر اساتذتها عن زملائهم في البلاد الاخرى من حيث انهم قد عكفوا في معاملكم على البحوث العلمية . وكثيراً ما استكشفوا من الامراض ومن طرائق العلاج حتى اخذ قصر العيني شهرة علمية بفضل اساتذته وخريجيه .

زادت شدة الحاجة الى الاطباء بما تبديه حكومات جلالتمك المتابعة من

العناية بأمر الصحة العامة وبما تقتضيه زيادة السكان واشتد اقبال الطلبة على الطب حتى ان عدد طلبة الطب الذي لم يكن منذ عشر سنين ليتجاوز (٢٢٦) صار يزيد شيئاً فشيئاً حتى بلغ الان (٦٢٩) عدا طلبة طب الاسنان وطلبة الصيدلة ومدرسة الممرضات . وقد ضاقت بهم المعامل وقصرت اسرة المرضى عن حاجاتهم . سدا لهذه الحاجة اعدت حكومة جلالته هذه المنطقة الجميلة المجاورة لقصر العيني والتي تقدر مساحتها بأربعة واربعين فدانا لاقامة مدرسة الطب ومستشفى فواء الاول الذي يسع (١٥٠٠) سرير ، وقد تبلغ اكاليف هذا البناء المليون جنهما .

تلقاء نجاح بمدرسة الطب في عملها وخدمتها للانسانية راث حكومة جلالته ان تقيم لها عيدها المئوي على انسب ما يأتلف ومركرها العظيم . ولم تجد في هذا العدد خيراً من ان تعقد بمناسبة هذا العيد المؤتمر الدولي لطب المناطق الحارة والصحة . وتلك فرصة وحيدة ليطلع فيها علماء العالم على اعمال كلية الطب وليقدروها قدرها الذي لا شك في انه سيكون تقديرأ حسناً جزاء للجهود التي بذلها اساتذتها الاعلام .

كذلك راث حكومة جلالته ان يكون وضع حجر الاساس للبناء الجديد لهذا المعهد العظيم في اثناء هذا العيد الفخم تقديرأ لكرامة العلم والعلماء التي اعتادت جلالته ان ترعاها وان توتيها من العناية النصيب الاوفر . ثم عقبه جناب الدكتور مادن القائم باعمال الجامعة فانقضى كلمة باللغة الانكليزية عن قرار مجلس ادارة الجامعة باهداء جلالة الملك لقب (دكتوراه) فخرية في الحقوق على اقتراح مجلس كلية الحقوق .

ثم نهض حضرة صاحب العزة علي بك سكرتير الجامعة العام واعلن هذا القرار باللغة العربية وتبعه حضرة صاحب العزة كامل بك عميد كلية الحقوق وتلا نص المحضر الرسمي للاهداء باللغتين العربية والفرنسية ثم وضع حضرته شهادة الدكتوراه في حلقة من الذهب ثم في صندوق من الفضة بديع الصنع وسلمه الى معالي وزير المعارف وتقدم معاليه الى جلالته ودفع به الى معالي كبير الامناء . فصفق الحاضرون تصفيقاً شديداً .

وبعد ما وقع جلالته محضر الاحتفال نهض يحف به الامراء والوزراء وسار الى حيث وضع حجر الاساس فوضع عليه جلالته الملائط بسطرين من الذهب . ثم حيا كبار الحاضرين وصافح معالي وزير المعارف وانصرف مشيعاً بالاجلال والاحترام .

واستؤنفت الحفلة في الساعة الثانية والدقيقة الاربعين بعد الظهر لمنح صاحب العزة الدكتور علي بك ابراهيم اللقب المهدى اليه من كلية الجراحة بلندن وهو لقب (رفيق) في كلية الجراحة الملكية . وبعد ان اعلن الدكتور مادن عميد كلية الطب نبأ اللقب العلمي المهدى الى نابغة مصر في الجراحة واعتلى منصة الخطابة الدكتور ابراهيم فهى المنياوي وتكلم عن سيرة الدكتور علي بك منوها بكفائته ومقدرته وعلو همته ودماثة اخلاقه .

ثم نهض السرموين هان رئيس كلية الجراحين في لندن ودعا اليه علي بك ابراهيم واعلن قرار الكلية وسلمه (الروب) الخاص بها مع برائته . فتقبلها سعادته شاكرآ بينما كانت جمهور الحاضرين يهتف متواصلاً ويصفق تصفيقاً شديداً .

ثم جرى بعد ذلك تقديم المندوبين الرسميين للحكومات والهيئات المختلفة فكان كل منهم عند المائدة باسمه يتقدم الى الدكتور مادن ويسلمه رسالته وبعد مصافحته يعود الى مكانه . واستغرق ذلك الى نحو الساعة الرابعة .

وفي مساء ذلك اليوم توافد على نزل شيرد بعض المندوبين من اعضاء المؤتمر وبعض الوزراء من اجانب ومصريين واساتذة الجامعة المصرية اجابة لدعوة دولة رئيس مجلس الوزراء وكانوا كلهم مرتدين بملابس السهرة مع النياشين وقد تصدر المائدة الرئيسة معالي الدكتور حافظ بك عفيفي وزير الخارجية بالنيابة عن دولة رئيس مجلس الوزراء المريض وبعد العشاء تبادل الحاضرون كلمات المجاملة والترتيب وانتهت الحفلة بالنشيد الملوكي .

٢ - برنامج اعمال المؤتمر

لقد ابتدأ المؤتمر اعماله العلمية منذ صباح الاثنين في ١٧ منه الى ظهر يوم الجمعة في ٢١ منه وقد قسمت بحوث المواد المعروضة على المؤتمر الى ١٧ قسماً ليتم البحث فيها في هذه المدة القصيرة وهذه الاقسام هي :

الامراض الباطنة ، الجذام ، اللاشمانيا ، الملاريا ، السل ، الزحار (الدوسنتاريا) ، امراض الاطفال ، الجراحة ، امراض النساء والولادة ، الرمد ، الصحة والاعمال الصحية ، علم الباتولوجيا والبكتريولوجيا ، المواضيع العلمية ، علم الطفيليات ، البلهارسيا ، تاريخ الطب ، عرض مناظر سينمائية طبية وصحية وكانت المحاضرات والبحوث المختلفة تلقى في قاعات الكلية ومستشفياتها ،

وكان قد عين مكان كل قسم من هذه الاقسام في صفحات برنامج المؤتمر المقرر وساعاتها كما انه كان يعلن بعض العمليات الجراحية المختلفة وعرض مشاهدات اخرى على لوحات الاعلانات في ساحة الكلية .

وكان كل محاضر مقيد يلقي محاضرته بنفسه وبعد اتمامها يبدأ بمناقشتها ان كان هناك ما يستحق المناقشة ويدافع عنها صاحبها حتى تتقرر . وكان يطلب من كل مناقش بعد نهاية مناقشته ان يكتب في ورقة خاصة تقدم اليه فحوى مناقشته او ما قاله فيها ، لتحضر مع تلك المحاضرات في مجموعة اعمال المؤتمر . وبالنظر الى ضيق الوقت لم تقرأ بعض المحاضرات اذ لم يحضر اصحابها بالذات ، فاعتبرت كأنها قرئت وستطبع في تلك المجموعة المذكورة .

ولقد أقيم في اثناء هذه الايام بعض حفلات شاي في القاهرة او في الضواحي في حلوان والقناطر الخيرية والاهرام ترحيباً ومجاملة لاعضاء المؤتمر ، من قبل بعض الوزراء او الجمعيات الطبية . وقد أقيم اثناءها كثير من الحفلات والدعوات الخاصة لفريق من المندوبين او الاساتذة يقيمها بعض الطلاب او معارفهم .

وفي الساعة العاشرة من يوم السبت الواقع في ٢٢ منه أقيمت في الروضة حفلة منح درجات الشرف لبعض كبار الاساتذة والمندوبين من اعضاء المؤتمر . وهي الحفلة الختامية للمؤتمر .

وأس هذه الحفلة حضرة صاحب المعالي الاستاذ احمد بك لطفي السيد وزير المعارف ورئيس المؤتمر ومدير الجامعة الكلية المصرية .

وعندما أوفت الساعة العاشرة اعتلى سكرتير المؤتمر منصة الخطابة واعلن

ان الجامعة المصرية بناء على قرار كلية الطب المصرية منحت بعض مشهوري
الاطباء الذين اشتركوا في اعمال المؤتمر الطبي الدولي هذا لقب دكتور فخري
في الطب من الجامعة المصرية .

وكان جناب الدكتور مادن يدعو هؤلاء الاطباء واحداً واحداً فكان كل
منهم ينهض من مكانه ويدنو من منصة الرئاسة ويقف بالقرب منها فيقدمه
سعادة الاستاذ علي بك ابراهيم بعبارات وجيزة ينوه فيها بالمكانة التي يتبوأها
في عالم الطب ويلبس عباءة اللقب حتى اذا انتهى من تقديمه تقدم هذا من منصة
الرئاسة فيقف معالي الوزير ويسلمه شهادة اللقب المهدى اليه مشفوعاً بتمنيته .
فيقبله شاكرآ ويقيد اسمه في السجل الذي اعد لذلك الى يسار منصة الرئاسة
ثم يعود الى مجلسه مرتدياً عباءة هذا اللقب الفخري . وكان مجموع اولئك
الاعلام ثمانية عشرة فقط .

وبعد ذلك اعتلى جناب الدكتور مادن عميد كلية الطب المصرية
منصة الخطابة وقال ان الاستاذ بيزانسون اعلن في جلسة افتتاح المؤتمر ان
جامعة موبيليه اهدت الى كلية الطب المصرية نسخة من الرسالة الطبية التي
قدمها المرحوم الدكتور كلوت بك الى جامعة موبيليه لاحراز (الدكتوراه)
وانه ليسرني ان اعلن في الجلسة الختامية للمؤتمر ان كلية الطب اهدت لقب
(الدكتوراه) الفخري الى جناب رئيس جامعة موبيليه وانها تكلف الاستاذ
بزانسون ان يحمل اليه 'دبلوم' هذا اللقب . فتسلمها جنابه بين تصفيق الحاضرين .
ثم اعلن جناب الدكتور مادن ان جناب الموسيو جبرائيل فين حفيد
المرحوم كلوت بك بين الحاضرين ويقترح معالي المدير ان ينتهز المؤتمر هذه

الفرصة ليحيى في شخصه ذكر جده العظيم وصفق الحاضرون تصفيقاً شديداً متواصلاً بينما كان معالي المدير يصافح الموسيوقين .

واعلى بعدها سكرتير المؤتمر وتلا اقتراح الوفد الهولاندي بان يعقد المؤتمر الطبي الدولي القادم في مدينة امستردام في سنة ١٩٣١ واقتراحاً آخر من الوفد الاميريكي بان يعقد في احدى مدن القارة الاميركية فقررت اللجنة ان تقبل اقتراح الوفد الهولاندي اولاً لان هولاندا سبق من دعا الى ذلك المؤتمر وكانت مزمنة على اقامته في هذه السنة ولكنها تنازلت عنه الى الحكومة المصرية وتقرر ايضاً ان يكون المؤتمر الذي بعده في سنة ١٩٣٤ في احدى مدن العالم الجديد فقبل ذلك بالقبول .

ثم اعلن حضرته ان المعهد الصحي البريطاني اهدى لقب (رفيق فخري) الى سعادة الدكتور شاهين باشا فصفق الحاضرون طويلاً .
وفي الختام نهض معالي مدير الجامعة وقال بالفرنسية .

سبراني . سارني

اشكركم على الجهود التي بذلتوها في اعمال هذا المؤتمر الذي تكال بالنجاح واعلن في هذه الجلسة انتهاء اعماله .

فنهت احد الحاضرين بالانكليزية قائلاً ليحيى الملك فردد الحاضرون الھتاف ثلاثاً وتفرقوا .

وفي المساء اقيمت حفلة ساهرة ختامية في فندق هليوبوليس الكبير بدعوة من لجنة تنظيم المؤتمر كانت في غاية الجمال والانتظام وتفرق المدعوون في ساعة متأخرة من الليل .

٣ - فائدة امثال هذا المؤتمر :

ان لهذا المؤتمر وامثاله من المؤتمرات فوائد جمة يستفيدها البلد والامة مع الفوائد المقررة والنتائج التي تنتج من ذلك المؤتمر والتي اقيم المؤتمر من اجل معالجتها . ففي هذا المؤتمر مثلاً لا يخفى ان تبادل الآراء والمناقشة في المواضيع المختلفة التي عرضت فيه تكون مفيدة للمحاضر الذي يتحقق من صحة آرائه وما يعترضها من الآراء الصائبة ايضاً وقد يستفيد من هذه المناقشة لفت نظره الى نقطة هامة في موضوعه او عمله لم يفتن فيها ومع ذلك لا بد ان يكون في تبادل هذه الآراء فوائد للجميع اي للمحاضر والمناقش والسامعين ورب ملحوظة تعرض لأحد المستمعين وتنبه فيه البدء بعمل يرجى منه نفع عميم . فقوائد ذلك لا تقدر . وللمستقبل كشفها .

وهناك فوائد اخرى من اجتماع الاطباء الشبان بفريق من اقطاب صناعتهم والمبرزين فيها منهم فان اعمال هؤلاء الاقطاب وما بلغوه من المقام السامي بجدهم واقدامهم وما يجودونه من الاعتبار والتقدير من العالم الطبي كله يثير في صدور الشبان نار الغيرة للاقتداء بهم والسعي الى بلوغ مثل هذه الدرجات العالية وكذلك علمهم ان سبب هذا الاعتبار والتقدير قد كان بما بذلوه من الجهد والدأب على العمل ينههم للبحث وبلوغ مثل هذه الدرجات العالية حتماً وفي ذلك ما فيه من الفوائد الجليلة للعلم واهله وقد يكون فيه فوائد للبلاد كلها او للعالم اجمع وفائدة ذلك اعظم من ان تقاس .

وما تستفيد البلاد ايضاً في مثل هذه المؤتمرات انها تطلع الاجانب على

ما فيها من رجال وآثار وعلم صحيح ورقي وعمران . وما لا شك فيه ايضاً ان هؤلاء الاجانب عند عودتهم الى بلادهم لا يقصرون في الاشادة بذكر ما رأوه في تلك البلاد من الرقي والعمران والآثار فيشوقون غيرهم ويكون من تشويقهم دعوة عظيمة لمصر تنشر في جميع الاقطار والامصار . خلا ما في هذا الاجتماع وتبادل المودة فيما بين المجتمعين ما فيه من توثيق اواصر الالفية بين بلاد العالم فيقل بذلك التفاضل والفرق الذي يحس به بعض الامم بينهم وبين غيرهم من ابناء البلاد البعيدة عنهم والتي اوجدت في صعيد غير صعيدهم مثلاً .

فيظهر من هذا ان الحكومات مهما انفقت على المؤتمرات التي تقام في بلدانها من مال او جهد فهي رابحة اضعاف اضعافها .

٤ — ما نراه مفيداً من هذا المؤتمر :

اما ما نراه مفيداً لنا من هذا المؤتمر فحسن التعارف بيننا وبين جيراننا في الدرجة الاولى وبيننا وبين البعيدين عنا من جهة اخرى . لاننا باشتراكنا بهذا المؤتمر كنا معلنين للعالم الطبي بوجود مدرسة طبية عربية في اقدم نقطة من بلاد العالم القديم (دمشق) وانها المدرسة الوحيدة التي تدرس العلوم الطبية بالعربية ثم اشتراكنا بالقاء المحاضرات في مواضيع مختلفة كان احسن شهادة على اننا لا نقصر عنهم في العمل والتفكير والجد . كما ان اطلاعنا على مجمل الاعمال وسير الحركة العلمية في بلاد العالم كله المشثلة في خيرة رجاله المؤتمرين وزيارة المعاهد والمستشفيات وحضور بعض العمليات وما الى ذلك

كل هذا يكون له احسن اثر في جالة معهدنا وتحسين اقسامه .

لذلك نرى ان ما بذله المعهد في ايفاد مندوبيه يعود عليه بفوائد جلّى يصعب جداً تقديرها اقلها تعريف العالم البعيد والقريب بوجوده وبمجازاته للمعاهد الاخرى بعلمه وتفكيره وما شابه ذلك . ونتمنى ألا تفوتنا فرص كهذه فيما بعد كيلا تفوتنا تلك الفوائد المذكورة آنفاً ، وكم كنا نتمنى من الصميم ان يكون في بلادنا ما يضمن للمؤتمرين راحتهم فلا تفوتنا ما ذكرناه من الفوائد الجمة والارباح الطائلة من دعوة المؤتمر الى بلادنا .

اما المحاضرات التي قدمها المعهد فثلاث . احداها عن الهیضه الاسيوية في الشرق الادني للاستاذ احمد سامي بك الساطي . والثانية عن الزحار العصوي في سورية للحكماء ترابو وحدي الحياط الاستاذين في معهد الطب بدمشق وعبد القادر الصباغ جرايحي في مستشفى هنري فريزيه . والثالثة في سبيل الاشتراك بمعرفة الامراض المسماة اجنبية والمشاهدة كثيراً على ضفاف البحر المتوسط الشرقية معرفة اجلى (ضنك البحر المتوسط وحى الايام الثلاثة والبرداء وداء المتحولات) للاستاذ ترابو . قرئت منها الثانية والثالثة ولم تقرأ الاولى لتغيب الاستاذ سامي بك وستدرج في اعمال المؤتمر الرسمية كأنها قرئت .

وافضل ما حصلنا عليه من الفوائد بصورة خاصة تمهيد الطريق لقبول الشهادة في الجوار اسوة بغيرنا من المعاهد المقبولة لديهم . فتعارفنا الى كثير من رجال مصر البارزين وتبادلنا البحث والتمحيص كان الوسيلة الى حسن التفاهم بيننا واكتساب الحق الذي لم يكن من عامل في منعه عنا الا الانزواء والانكماش بعيدين عن العالم كله . لا سيما جوارنا القريب والقطر الشقيق .

واننا بهذه الوسيلة لا نرى بدأ من الاشارة الى ذكر ما لقيناه من جيراننا
الاخيار من حسن الحفاوة والاعتبار مما كان له كل التأثير في توثيق عرى
التفاهم بين القطرين الشقيقين وعلان ما نحن عاجزون عن اظهاره من الشكر
والامتنان . والذي نرجوه من الحكومة الموقرة ان تتولي ابلاغهم هذا الشكر
والامتنان عنا وكذلك نرى اننا مقصرون في صوغ الشكر
لجناب سفير فرنسا المعظم في مصر وما كان له من الايادي البيضاء في تسهيل
هذا التعارف وتذليل العقبات القديمة في ذلك السبيل ما يعجز اللسان عن تقديره
وانا لنكل ذلك الى الحكومة لتفضل في اعلان هذا الشكر . كما اننا
لنشكر كل من آزرنا بصورة خاصة من الزملاء المصريين الاعلام واخصهم
معالي وكيل وزير الداخلية في الامور الصحية محمد شاهين باشا ومعالي وزير
الخارجية حافظ بك عفيفي ومعالي وزير المعارف احمد بك لطفي السيد وسعادة
علي بك ابراهيم عميد كلية الطب المصرية والصحفيين الاجلاء ممن كانوا لنا
خير عون للتوصل الى احسن ما نبتغيه من دوام الصلات الحسنة بيننا وبين
جيراننا الاعزاء الذين لا ننسى لهم ما حيننا حسن احتفائهم واكرامهم الجزيل



الزحار العصوي في سورية

للحكا، نرابو وحمدى الخياط الاستاذين في معهد الطب بدمشق

وعبد القادر الصباغ جرائيى مستشفى هنري فربيزيه بدمشق

تنشر فيما يلي البحث الاول من الابحاث الثلاثة

التي قدمها معهدنا الطبي العربي الى المؤتمر

ومنشور في الاجزاء المقبلة البحثين الآخرين

المنشور

ترجمتها الحكيم مرشد خاطر

ان ظهور الزحار المتحولي في سورية امر مسلم به لا يختلف فيه اثنان

فما من يشك ان داء المتحولات (amibiase) بلدياً كان او وبائياً هو السبب

المحدث لقسم كبير من الحالات الزحارية في الشرق الأدنى غير ان هذا

كلمه لا يعني ان الزحار العصوي مستحيل الحدوث كما يظن بعض الاطباء

الوطنيين ولا ان تظاهراته لا تسير سيراً راعياً .

فبناء على ما تقدم نرى في درس الزحار العصوي فائدة كبيرة كيف لا

وقد بينت لنا هذه التبعات ايضاً ان العامل المرضي هو جرثوم يختلف عن

الجرثوم الذي يرى غالباً في اوربة

ولا يتناول بحثنا الا صيف سنة ١٩٢٧ ولا نسرد فيه غير الاصابات التي

شاهدناها في دمشق ونحن نرى مع ذلك ان هذا الدرس كافٍ لاعطاء لمحة عامة

عما هي عليه البلدان الواقعة تحت الانتداب الفرنسي لان المعلومات التي اقبسناها

من الزملاء الممارسين في البلدان التي يعول عليها اثبتت لنا ان الزحار العصوي

كانت تظهر منه فيها اصابات متفرقة قليلة العدد على نسق ظهوره في دمشق .

ولسنا تثبت في احصائنا الذي تقابل به بين الزحارين المتحولي (amibien) والعصوي الا الاصابات التي اثبت المخبر تشخيصها اجتناباً للخطأ والضلال تاركين جانباً حوادث الزحار المتحولي التي شفيت بالأمتين مع ان المتحولات واكياسها لم تظهر في غائط المرضى . ومهلين ايضاً اصابات الزحار العصوي السريرية التي شفيت بالمصل المضاد للزحار بعد ان عصت الأمتين والمستحضرات الزرنيخية لان العصيات الزحارية لم تكشف في الغائط بزرع براز المرضى .

فلسنا نحصى اذن للاسباب التي ذكرناها آنفاً من (١٠٣٦) اصابة بالزحار المتحولي التي اثبتت السريريات والمعالجة بالأمتين طبيعتها المتحولية غير ٣٢٩ حادثة وهي التي كشفت فيها المتحولات بالمجهر كما اتنا لا نذكر من (٤٦) اصابة بالزحار العصوي التي اثبتت السريريات والمعالجة بالمصل المضاد للزحار طبيعتها العصبية غير خمس مشاهدات وهي التي كشفت فيها العصيات الزحارية في المواد الغائطة .

فهذه الاعداد تخولنا على الرغم من قلتها ان نضع نسبة بين الزحارين المتحولي والعصوي فهي في الاصابات التي اثبتها المخبر فقط كنسبة اثنين الى مائة . فلنذكر هذه النسبة ولنعلم ان جهلنا لها يعرضنا للخية كما سيتبين من قراءة مشاهدات الزحار العصوي التي اثبتها المخبر .

المشاهدة الاولى: ك . . . روبر . مرض منذ اربعة ايام فدخل المستشفى في

١٩ نيسان ١٩٢٧ لاصابته باسهال زحاري الشكل وتغوطه ١٨ مرة في اليوم تغوطاً مدمماً لم ينجح فيه الامتين . وكانت حرارته (٣٩) وحالته العامة حسنة غير ان المريض كان شديد القلق شاعراً بفداحة المرض الذي اصابه .

عوين غائطه فلم تبدُ فيه المتحولات وظهر فيه عدد عديد من كريات الدم الحمراء وكثيرات النوى المستحيلة، فحصى دمه فلم تبد فيه الحيويينات الدموية (hématozoaires) وزرع فكان الزرع سلبياً. زرع غائطه ففصلت منه عصية اعطت تفاعل الأندول الخفيف وخرت المنية والمتموز ولم تخمر اللكتوز وتلازنت بالمصل المضاد لفلاكسنر بنسبة ٣٠٠ - ١٠. عولج بالمصل المضاد للزحار المتعدد القوى المحضر في مستوصف باستور في باريس فحقن منه بمائة سم^٢ في اليوم وكان مجموع ما حقن به نصف لتر فخف عدد التغوط خفة سريعة وتم الشفاء في اليوم الحادي عشر.

المشاهدة الثانية: ب ٠٠٠ حنا دخل المستشفى في ١٠ حزيران سنة ١٩٢٧ وكان قد استشفى شهراً كاملاً لاصابته بالذباح (الدفتيريا) وكان يتغوط عشرين مرة في اليوم تغوطاً مدمماً ومخاطياً لا متحولات فيه. وكانت حرارته تتراوح بين ٣٨ و ٤٠ الامر الدال على تعفن بردائي مستمر.

زرع غائطه فظهرت فيه عصية اعطت تفاعل الأندول الخفيف وخرت المنية والمتموز ولم تخمر اللكتوز وتلازنت بالمصل المضاد لفلاكسنر بنسبة ٣٥٠ / ١. عولج منذ البدء بالمصل المضاد للزحار المتعدد القوى المحضر في مستوصف باستور. وكان مجموع ما حقن به من المصل (٤٥٠) سم^٢ فلم تجدد المعالجة نفعاً لان المريض قضى في اليوم التاسع بعد ان هزل هزلاً سريعاً وظل محافظاً على ملكاته العقلية على الرغم من شعوره بالموت الذي كان يدنو منه

المشاهدة الثالثة: ف ٠٠ لويس دخل المستشفى في ٤ تموز ١٩٢٧ مصاباً

بأعراض زحارية وكان يتغوط (٥٠) مرة في اليوم ولم تكن في غائطه

متحولات ولا في دمه حيويينات دموية مع ان منحني حرارته كان يدل بانخفاضاته وتوجه الشديد على آفة بردائية محققة . زرع غائطه ففصلت منه عصية اعطت تفاعل الأندول وخمرت المنية والملتوز واللاكتوز وخمرت مضارة الحليب المضاف اليها عباد الشمس وتلازمت بالمصل المضاد لفلاكسز بدرجة ١/٣٥٠ ولم تخثر الحليب .

عولج بالمصل المضاد للزحار الكثير القوى المحضر في مستوصف باستور فحقن منه بستين الى مائة سم^٢ في اليوم وبلغ مجموع ما حقن به (٦٢٠) سم^٢ فنقص عدد التغوط الى زهاء النصف غير ان الحالة العامة كانت تتحطأ بتخطأ تدريجياً دون ان تصاب ملكاته العقلية لانه ظل شاعراً بنجية المعالجة ودون أجله الى ان قضى في اليوم العشرين من مرضه .

المشاهدة الرابعة: ك . . . حنا . دخل المستشفى في ٢٣ آب ١٩٢٧

مصاباً باعراض زحارية وكان عدد تغوطاته لا يحصى ومواده الغائطة مخاطية مدممة وحرارته قليلة الارتفاع في البدء غير انها اشتدت بعد حين مع انخفاضات دالة على آفة بردائية كامنة دون ان تبدي معاينة الدم اثرراً للحيويينات الدموية . عوين البراز فلم تبد فيه المتحولات وكانت الحالة العامة سيئة وتزداد سوءاً يوماً عن يوم والاطراف باردة والحصر شديداً على الرغم من المعالجة الحسنة التي وجهت اليه منذ البدء بالمصل المضاد للزحار المتعدد القوى المحضر في مستوصف باستور . وقد كان مجموع ما حقن به منه (٢٥٠) سم^٢ فلم يتبدل عدد التغوط رغم هذه المعالجة مع ان زرع الغائط كشف في البراز عصية اعطت تفاعل الأندول الخفيف وخمرت المنية والملتوز ولم تخمر السكروروز ولم تؤثر ابدناً في

الأحمر المعتدل وتلازمت بالمصل المضاد لفلا كسنر بنسبة ١/٢٠٠ وقد مات المريض في اليوم الخامس عشر في حالة شديدة بالهَيْضَة وهو مالك لقواه العقلية المشاهدة الخامسة : م ٠٠٠ اجهد نفسه بعمل عنيف منذ تشرين الثاني سنة ١٩٢٦ ومرض في ١٢ تموز سنة ١٩٢٧ فاصيب باسهال خفيف لم يلبث ان اشتد في الايام المقبلة فعاد عدد التغوطات لا يحصى وكانت المواد الغائطة ضاربة الى السواد مدممة . فعولج بأخذ ٣ حبات ستوفر سول وبحقن (٠,٠٨) استغفرات ايتين يومياً حتى ٢٣ تموز فلم تثمر هذه المعالجة فنقل المريض حينئذ من جبل الدروز الى دمشق بالطيارة الصحية . وكان الهزال آخذاً منه كل مأخذ حين وصوله وتعبه شديداً ولم تصب ملكاته العقلية ولا الادبية بأقل تشوش الا في اوقات الضعف الشديد التي كان يغمض المريض بها عينيه اضطراراً .

حلل بوله فظهر فيه سكر وحموضة ثم اعتراه فواق ولازمه ليلاً نهراً وظلت التغوطات عديدة وشديدة لا تغلب والغائط مخاطياً مدمماً . عولج بالمصل المضاد للزحار فحقن منه بمائة سم في اليوم وكان مجموع ما حقن به (٤٥٠) سم وعولج بالوقت نفسه بالأنسولين وبجرعات كبيرة من ثاني فحماء الصوده لمكافحة الحموضة والداء السكري . فتحسنت حالة المريض العامة تحسناً سريعاً وخف الزحار وسقط السكر في البول الى بضعة غرامات في الاثر وعادت المواد الغائطة متماسكة في ٢٣ آب وخرج المريض من دائرة الخطر .

و كسنا قد زرع غائطه منذ وصوله لدمشق فكشفنا فيه عصية ساكنة لا تصطبغ بغرام لها موجات لامعة متى زرعت في المرق تخمر اللكتوز والمتوز ولا تخمر السكر وزاقل قليلاً وتسود الرصاص وتلازن بالمصل المضاد لفلا كسنر بنسبة ١/٤٥٠

حقنا بطن الارنب بسنتمتر مكعب ونصف السنتمتر من زرع مرت عليه (٢٤) ساعة فمات بعد ١٦ ساعة بعد ان اتبج بطنه وتوذم جلده توذماً الى الزرقة حول الحقنة واصيب باسهال . ففتحنا جثة الارنب فرأينا الامعاء الدقيقة ممتلئة غازاً والكبد محتقنة والمعدة والامعاء الغليظة متوسعة ولم نجد تقرحات على الغشاء المخاطي .

ان هذه المشاهدات كبيرة الفائدة فمنها نستخلص الاعراض السريرية التي تمكن الاطباء الممارسين في الشرق الادنى من تشخيص الزحار العصوي متى شاهدوا اعراضاً زحارية . فمن الاعراض التي يجب ان تنبه انظار الطبيب عدد التغوطات العديدة فان مرضانا الذين اوردنا مشاهداتهم لم يكن عدد التغوطات في اخفهم اصابة اقل من ٢٠ مرة في اليوم وقد بلغ في سواهم ٥٠ مرة واكثر من ذلك . وقد دلتنا ممارستنا ان عدد التغوطات في الزحار المتحولي قلما يبلغ ٢٠ - ٣٠ مرة في اليوم . فيجب والحالة هذه ان يتنبه الطبيب متى كان عدد التغوطات عديداً ولا سيما متى لم تشر الحقنة الاولى من الامتين وتجاوز هذا العدد الخمسين لكون الزحار عصوياً . وهناك صفة اخرى سكت عنها المؤلفون مع انها واضحة كل الوضوح وهي تتعلق بحالة المريض العقلية نعني بها شعور المرضى متى كانت حالتهم خطرة بدنو الموت منهم وبانه لا مفر منه البتة . وما هذا الشعور الا حصر (angoisse) حقيقي لا اثر له في الزحار المتحولي مهما كان شديداً . وسبب هذا الحصر انزعاج شديد منشأه البطن لانه ما من يجهل ان عفونة فجائية كالزحار العصوي تلهب غشاء الامعاء المخاطي بوضع ساعات محدثة فيه اضطرابات وعائية حركية شديدة

دليلها تغوطات عديدة لا تغلب شبيهة بحالة الهیضة ، قلنا ما من مجهل ان عفونة كهذه تؤثر في الأجهزة العصبية الودية (sympathique) والمملحة بالودية (parasympathique) واما الملكات العقلية في الزحار الذي يتصف بمحصر نتيته في سمات المريض أكثر مما يبديه المريض نفسه فتبقى كما تبقى في الهیضة محفوظة حتى الأنفاس الأخيرة .

وصفة ثالثة لا بد من الانتباه لها تستخلص من سير هذا المرض الذي يخالف الزحار المتحولي فان هذا يخف ويشد ويشفى وينكس بيد ان ذلك يسير سيراً سريعاً متواصلاً لا تقطع فيه فهو يبدأ بحرارة عالية واعراض شديدة وينتهي غالباً بالموت بعد مدة قصيرة وقلم يشفى .

ويترب على الاطباء الممارسين ان يتنبهوا ولا سيما للصفتين الأولوين لكثرة عدد التغوطات والحصر لأنهما كافتتان لارشادهن الى المعالجة بالمصل التي لا تشفى الا متى اسرع في اجرائها بيد ان زرع الغائط مهما جدت فيه لا يجلو التشخيص الا بعد حين .

اما انذار الزحار العصوي في سورية فظلم جداً فقد فقدنا من مرضانا الخمسة ثلاثة اعني اكثر من نصف الحوادث مع ان معدل الوفيات في اوربة لا يبلغ هذا الحد . لا نمهل ان دو بر يقول ان الوفيات في بعض الحالات النادرة تتجاوز ٢ بالمائة وهو حدها العادي فبلغ ٨٠ بالمائة ولا سيما في الأحداث غير ان العصية تكون حينئذ عصية شيجا وهي العصية الزحارية التي تمتساز بشدة سميتها . اما العصية التي صادفناها فتختلف عن تلك فهي من فئة العصيات التي لا ذيفانات لها اي من نوع العصيات الزحارية الصغيرة التي لا تقاس

شدتها بشدة عصية شيفاً . فقد كشفنا في مشاهداتنا الخمس بعد زرع المواد الغائضة عصية لا تصطبغ بغرام وتتفاعل قليلاً بتفاعل الأندول وتخمر المنية والمليتز ولا تخمر عادة اللكتوز والسكراروز وتتلازن بالمصل المضاد لفلأكسنر بنسبة تتجاوز المائة . فعامل الزحار في دمشق هو اذن عصية فلاكسنر . وقد اثبتت المعلومات التي استقينها ان هذا العامل هو هو في جميع انحاء سورية ولبنان فان الحكيم لويس من بيروت لم يجد في ٢٦ حادثة من الحوادث التي صادفها حين كنا نجمع مشاهداتنا غير عصية فلاكسنر او جراثيم قريية منها وقد مات من مرضه ثلاثة فيكون معدل الوفيات في الزحار العصوي البيروتي ٥-١١ بالمائة وهو معدل اخف من معدلنا الذي يظهر لنا عالياً في زحار سيبه عصية من نوع العصيات التي لا ذيفانات لها فما هو السبب يا ترى ؟

لا يختلف اثنان في ان مرضين اذا اصابا شخصاً واحداً كانا اشد خطراً من مرض واحد ولا سيما متى كان كل منهما خطراً وخيم الانذار متى استقل وحده فهذا ما يقال في اجتماع البرداء والزحار معاً . وان البرداء التي اصابت ثلاثة من مرضانا وشخصت بأعراضها السريرية كانت وخيمة العاقبة عليهم لانهم قضوا الملمهم . غير اننا نقترف على ما نرى خطأ كبيراً اذا نسبنا اليها وحدها سبب كويت . لاننا عالجنا مرضانا منذ دخولهم للمستشفى بجرعات كبيرة من الكينين ولاننا نرى يومياً في شعبنا البرداء وداء المتحولات مجتمعين والمرضى المصابون بهما يشفون متى عولج المرضان بالمعالجة النوعية وقد كان يجب ان يكون اشتراك البرداء وزحار فلاكسنر سليماً ايضاً لان زحار فلاكسنر وحده قليل الخطر حسب آراء المؤلفين ولان مرضانا حثثوا منذ البدء بمصل مضاد

للزحار متعدد القوى يفعل في عصية فلا كسنر ايضاً . فنحن نعتقد اذن ان خطر الزحار العصوي في سورية ذو علاقة بصفات خاصة تتصف بها عصية فلا كسنر السورية وتختلف بها عن الانواع التي فصلها فلا كسنر نفسه في اميركا ونيوهفن ومنيل لان هذه الجراثيم كانت من الانواع التي لا ذيفانات لها ولان حقن الحيوان بها تحت الجلد لم يكن يولد فيه زحاراً اختبارياً بل وذمة وثقيحاً لا يلبثان ان ينتهيا بالشفاء . اما في مشاهدتنا الاخيرة فلم يكن الامر كذلك لان الارب الذي حقناه بالزرع مات بعد ١٦ ساعة وبعد ان اصيب باسهال وقبل ان تبدو على بطانة امعائه قروح الامر الدال على ان التسمم الشديد كان سبب موته

فكيف لا يحق لنا اذن ان نستنتج من هذه الحوادث ان عصية فلا كسنر الشرقية تشذ عن القاعدة وتتصف بسمية لا تتصف بها عصية فلا كسنر في البلاد الاخرى .

وصفوة القول انه يستنتج من مشاهدتنا الامور الآتية :

- ١ - اصابات الزحار العصوي في سورية منفردة وليست وبائية .
- ٢ - عامله المرضي جرثوم من نوع فلا كسنر .
- ٣ - لا يظهر ان هذا العامل منقول من الخارج مع الجيوش الاوربية لان عامل الزحار في فرنسا هو عصية شيغا ولان هذا الزحار متى كان مسبباً عن عصية فلا كسنر وهذا نادر ليس وخيماً في فرنسا كوخامته في الشرق .
- ٤ - تعود وخامة الزحار العصوي في سورية الي نوع عصية فلا كسنر التي تتصف بخاصة مسممة خلافاً لعادتها في اميركا وسواها

امراض الاحليل

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ليست غايّتي في هذا البحث ان اتم بامراض الاحليل جميعها واكثرها يعود الى شعبة الامراض الزهرية كالتهاب الاحليل السيلاني وسواه ، بل قصدي ان ابحث في آفات ثلاث يصادفها الطبيب في كثير من الحالات وهي بعض رضوض الاحليل ، وتضيقاته ، والفlegmonات المحيطة به .

أ - رضوض الاحليل

تؤثر الرضوض من الظاهر الى الباطن او من الباطن الى الظاهر . فتمت اثرت من الظاهر كانت نتيجة جرح الاحليل او تمزقه الا اذا كان الجرح سطحياً . فتمت اصاب الاحليل وجب خزع المثانة في معظم الحالات . لانه يحول البول عن مجراه الطبيعي ومتى حول البول اتقنت الخياطة واندمل الجرح . اما المسبار الثابت فلا يلجأ اليه الا نادراً لانه سبب التعفن وتفكك الكالفرز .

فارسال الجرح الى الجراح امر لا مندوحة عنه اذن لان الاسراع في التوسط الجراحي خيز واسطة لوقاية المريض من تضيق الاحليل التالي .

ومتى اثر العامل الراض من الباطن نشأت منه الطرق الكاذبة . وسببها آلات الاستقصاء التي لا يلائم شكلها الاحليل الذي ادخلت فيه او التي اسيء استعمالها . ومقر هذه الطرق كائن في ناحية البصلة عند الرتج السفلي الذي تعلق به الالة وتقب الجدار متى لم يجز القضيبي جراً شديداً ليسط الاحليل

او متى جد المستقصي في التغلب على تشنج الناحية الغشائية .
وكذلك الامر في تضيقات الاحليل فان الشمعات الدقيقة قد تقع
الى جانب لمعة التضييق فتتكاثر الشمعة قاسية ودفعت دفعا شديداً خرقت
الغشاء المخاطي الملتهب ودخلت النسيج الاسفنجي دخولا متفاوت العمق
والاحليل في ضخامة الموثة (البروستات) مزوى لان بروز الورم الغدي
يشبه والغشاء المخاطي والموثة محتقان لان القثرة تكون قد اجريت لمكافحة
الاسر الحاد الذي تحدثه الضخامة . فجميع هذه الامور شروط ملائمة لاجراء
الطريق الكاذب

الاعراض: اذا حدث الطبيب المستقصي الطريق الكاذب عرف ذلك

- ١ - بوقوف الآلة المستقصية التي لا يعود قادراً على ادخالها
 - ٢ - بان البول لا يخرج من المسبار وبان السائل لا يستطيع حقنه به
 - ٣ - بالنزف متفاوت الغزارة الذي يخرج من المسبار .
- ومتى اتى المريض وهو مصاب بطريق كاذب شخص الامر باستقراء
مرضه وعرف منه ان قد جربت فيه القثرة فلم تنشر ولم ينصب من احليله
سوى الدم .

المعالجة: على الطبيب قبل كل شيء ان يتحاشى الطرق الكاذبة وطريقة
اتقائه لها هي ان يراعي القواعد التي ذكرناها في القثرة . فيقف على مقر العائق
وطبيعته ويختار الآلة الملائمة ويستعملها بلطف وتأن فائقين .

ومتى وقع الامر وتكون الطريق الكاذب اختلفت المعالجة بين ان يكون
المريض مصاباً بأسر (انحباس البول) او غير مصاب به .

فاذا لم يكن اسر: ترك المريض وشأنه فكان شفاؤه عفواً . واذا كان النزف غزيراً جرب الطيب باتباعه للجدار العلوي ان يضع مسباراً معكراً ويتركه في الاحليل فيضغط العرق النازف ويقف النزف ويستطيع المريض البول دون ان تكون خثرة في الاحليل .

واذا كان اسر: ويقع هذا الامر في المتضخمة موثاتهم جرب الطيب ايضاً ادخال مسبار وابقاءه والمسبار المنتخب هو المسبار المعكز (sonde béquille) بعد ادخال مدك (mandrin) فيه او مسبار معكز انعقافه كانعقاف البائيكية . ومتى دخل المسبار ترك في الاحليل ثمانية ايام ريثما يكون الجرح قد ندب واذا كان ادخال المسبار متعذراً خزعت المثانة .

ومتى كان الاحليل ضيقاً جرب ادخال شعبة شعرية بطريقة القشرة الذوائية (cathéterisme en faisceau) (كما سنرى بعدئذٍ) لان الشعبة اذا دخلت طريقاً كاذباً منعت سواها عن الدخول فيه فيخرج البول حول الشعبة ويوسع الاحليل ويلينه . واذا تعذر الامر وكان ادخال الشعبة الشعرية مستحيلاً شلل الجراح ان يخزع الاحليل من الخارج او ان يقطع الاحليل (urethrectomie) ويخيطه ويخزع المثانة .

ومتى كان الطيب عاجزاً عن خزع المثانة والمريض في مكان معتزل جاز له ان يبزل المثانة منتظراً مجيء الجراح ليجري الخزع غير ان عليه ان يدرك ان البزل قد اهمل كل الاهمال وانه قد يحدث عراقيل (complication) وخيمة ولا سيما تعفن النسيج المحيطة بالمثانة متى كان البول متعفنًا .

طريقة البزل : تبزل المثانة ببزل رقيق مع استنشاق البول بجهاز بوتن او

بدون استنشاقه . تحلق الناحية فوق العانة وتطلى بصبغة اليود ويمسك الميزل باليد اليمنى وسبابتها بعيدة عن رأسه محددة للقسم الذي سيدخل فيه وتوضع السبابة اليسرى على الحافة العليا للعانة فيغرز الميزل عموداً على الخط المتوسط فوق تلك الحافة بقبراط زهاء ٥-٦ سنتيمترات او أكثر من ذلك متى كان الشخص مكتنزاً . وبعد خروج البول ينزع الميزل بسرعة ويجوز تكرار البزل مرات عديدة متى كان خزع المثانة متعذراً .

٢ - التضيقات

تضيقات الاحليل النهائية بمعدل ٩٥ بالمائة ورضية بمعدل ٤ بالمائة وولادية بمعدل ١ بالمائة .

أ - التضيقات النهائية : معظمها سيلاني (غونوكوكي) ناجم من التهاب الاحليل المزمن . وتظهر اعراض التضيق متأخرة جداً اي بعد التهاب الاحليل باربعة سنوات الى اثنتي عشرة سنة وتحدث بعض التضيقات قبل هذا العهد كما ان البعض الآخر يظهر بعده .

وهي تقع في جميع الاعمار في الاحليل الامامي غالباً . وكلما اقتربت من البصلة التي تعد مكاناً منتخباً للتضيقات كانت اشد . فمنها ما هو مشدود للغاية ومنها ما هو خيطي غير ان انسداد الاحليل التام لا يقع مطلقاً .

الاعراض : بعد ان يسير المرض سيراً يتحملة المريض ولا يتصف بسوى اعراض التهاب الاحليل المزمن يبدو عسر البول (dysurie) فيتصف اولاً بصعوبة خفيفة حين البول ثم تعود البيلة (miction) بطيئة ومنقطعة . ومتى قدم العهد بال المريض قطرة قطرة فطال زمن البيلة على الرغم من جهود

المريض وخرجت بضع قطرات من البول بعد ان ينهي الشخص بوله وما سبب هذا السلس الكاذب (fausse incontinence) الذي يعقب البيلة الا انفراغ البول المجتمع خلف التضيق . وينزعج الانتعاض ايضاً كما زعجت البيلة ثم يعقب البول (pollakiurie) عسر البول وتبقى مثالة في المثانة بعد البول وتزداد كلما ضعفت عضلة المثانة ومتى غلبت العاصرة ظهر السلس فكان نهائياً اولاً ثم ليلاً .

المراقب : هي الاسر التام الذي قد يقع فجأة ، والتقيحات حول الاحليل والحراجات البولية وارتشاح البول ، وتغفن المثانة .
فاذا نظرنا الى هذه الاعراض التي ذكرناها آنفاً ادركنا ان امراضاً كثيرة تتصف بها غير ان الاستقصاء في الاحليل وحده كاف لمعرفة سببها وهو التضيق .

وتجرى القنطرة الاستقصائية بشمعات كروية الطرف فاذا تعذر ادخال الشمعات الصغرى منها جربت الشمعات الخيطية المستقيمة او الشبيهة بالحربة وابتقيت القنطرة الذوائية الى النهاية . وطريقها ان يشد القضيب وتدخل الى جانب الاولى شمعة شعرية ثانية . ثم شعرية ثالثة فرابعة اذا لم تمر الثانية . ويجرب ادخال احدى هذه الشمعات بدفع الواحدة تارة والاخرى طوراً وتترك الشمعة التي مرت .

واذا تعذر ادخال الشمعات ترك المريض يومين واشير عليه بملازمة سريره وباستعمال الحمامات الحارة والحقن الشرجية الملودنة (laudanisées) واعيدت التجربة .

المالحة : اذا استطيع ادخال شمعة شعرية اقيت في الاحليل ٤٨ ساعة
فخرج البول حولها ولان الاحليل واتسع قليلا فعاد ادخال الشمعات الموسعة
ذات الرقم ٧ او ٨ ممكنًا .

ومنى دخلت الشمعة المستقصية الكروية الطرف ذات الرقم ٨ واجتازت
التضييق او التضيقات وسع الاحليل توسيعاً بطيئاً وتدرجياً بشمعات زيتونية
حتى الرقم ٢٢ ثم استعملت البانيكيات (منذ الرقم ٢٢) حتى اخر رقم ممكن
ادخاله .

واذا ادخلت الشمعة الشعرية وتركت في الاحليل وكان ادخال الشمعات
الدقيقة متعذراً بعدها خزع الاحليل من الباطن بمخزغ مازونوف (urethrotome
de Maisonneuve) واعقب بالتوسيع بعد عشرة ايام .

واذا تعذر ادخال الشمعات الخيطية نفسها خزع الاحليل من الخارج او
بزلت المثانة او خزعت (ولا سيما متى كان اسر وتعفن في البول)

طريقة التوسيع : يبول المريض ، يطهر صمائه ، تملأ مثانته بمحلول حمض
كبانوس الزئبق (١/٦٠٠) يشد قضيبه الى العالي بالابهام والسبابة الايسرين
وتدخل الشمعة بعد طلبها جيداً بازيت في الاحليل بلطف وتأن .

وتجرى جلسة كل يومين متى استعملت الشمعات منذ الرقم ٧ - ١٥
وتدخل في كل جلسة الشمعة التي ادخلت في الجلسة السابقة وشمعة اغلظ
منها برقم .

ومنذ الشمعة ١٥ - ٢٢ يوسع المريض مرتين في الاسبوع على
النسق نفسه .

البانيكيات: متى بلغ التوسيع بالشمعات الرقم ٢٢ يبدأ بالبانيكيات فستعمل البانيكية ذات الرقم ٤٢ ويثابر على استعمالها مرتين في الاسبوع حتى بلوغ البانيكية ذات الرقم ٥٢ وتدخل في كل جلسة البانيكيتان اللتان ادخلتا في الجلسة السابقة وبانيكية اغلظ منهما او بانيكيتان اذا كان التوسيع سهلاً . والتوسيع بالبانيكيات اسهل لان القطر لا يزداد في البانيكية الاسدس ملمتر في كل رقم مع انه في الشمعة يزداد ثلث ملمتر .

ويجب ان يراعى التطهير في جميع هذه الحالات حسناً وتدخل البانيكية بثلاثة ازمنة كما ذكر في الاستقصاء وبعد دخولها تترك في الاحليل بضع ثوانٍ او بضع دقائق . ويبول المريض بعد التوسيع السائل الذي حقنت به مثانته . واذا احدث التوسيع تفاعلات (حساسية) تنبهاً) ابعدت الجلسات بعضها عن بعض حتى الاسبوع .

والحذر من استعمال الشمعات الدقيقة متى كان ادخال الغليظة ممكناً اماناً .
تعد ذلك فاستعمال الدقيقة جائز .

ويجب ان يبلغ التوسيع اقصى حدة وان تراعى فيه الحكمة واللطف ثم يترك المريض ستة اشهر او سنة قبل ان يعاد التوسيع واما اذا كان التضيق عنيداً فيترك المريض فقط ثلاثة اشهر خوفاً من عودة الضيق الى الاشتداد .

التوسيع الكهرلي المحلل (electrolytique) : يستعمل متى كان ادخال البانيكية في

الاحليل مستطاعاً والتوسيع مستصعباً لان التضيقات النهائية شديدة الصلابة لا تتوسع او متى كان التضيق رضيعاً . وطريقة اجرائه ان يكون لدى الطبيب علبة بطاريات تولد مجرى غلفانياً ومقياس امبار (ampèrètre) فيوضع القطب

الاجباي على جلد الفخذ ويوصل القطب السليبي بالبانكية المدخلة حتى التضيق وتكون شدة الجرى في البدء خمسة ملليمتر فقط فيشعر ان البانكية تدخل فتترك في مكانها خمس دقائق ثم تخرج بلطف . ويجوز ان تدخل بانكية اغلظ منها او بانكيتان في جلسة واحدة وينتظر عشرة ايام قبل اعادة الجلسة والبلوغ الى البانكيكات ٥٠ - ٥٥ مستطاع في تضيقات لم يكن ابقاء الاحليل فيها متوسعا الى اكثر من الشمعات ١٠ - ١٢ مع ان توسيعها بغير هذه الطريقة قد اجري بضع سنوات .

ب - التضيقات الرضية: تظهر بسرعة بعد جرح الاحليل او تمزقه . وتستقر في ذلك الجرح او ذاك التمزق ولهذا نراها غالباً في الناحية العجانية البصلية وتكون مفردة مشدودة لا تتوسع . وكثيراً ما يكون طرفا الاحليل المقطوع غير متحاذيين . لا يختلف فيها الاستقصاء في الاحليل عما هو عليه في التضيقات الالتهابية ويجرب التوسيع واذا خاب يقطع التسم المتضيق ويخاط طرف الاحليل خياطة متقنة بعد تحويل البول بخزع المثانة .

ج - التضيقات الولادية : تعالج كالتضيقات الالتهابية . وخزع الاحليل من الباطن اكثر استعمالاً فيها .

ومهما كان نوع التضيق يظل المريض كل حياته عرضة لعودة الضيق . فيترتب عليه مرة او مرتين في السنة ان يتقدم للعناية ليعرف ما اذا كان احليله حراً او لا . فاذا ظهر الضيق اعيد التوسيع .

ومتى كان الضيق في المرأة كانت اسبابه واعراضه ومعالجته مشابهة للضيق في الرجل .

٣ - الفلغمونات حول الاحليل

هي التهابات النسيج الخلوي المحيط بالاحليل والذي تسربت فيه الجراثيم من الاحليل نفسه . وتتصف التقيحات حول الاحليل بصفات متنوعة وتسير سيراً مختلفاً وفقاً للسبب المحدث لها وحالة الاقسام المحيطة بالاحليل وحالة المريض العامة ويميز منها ارتشاح البول ، والمخرجات البولية .

اما آفة الاحليل البدئية فهي في الغالب التضيق الذي تظهر خلفه الافات المسببة كالتقرح والاكهوفات الغدد التي يستقر فيها العفن استقراراً ثابتاً . وربما ظهر الخراج حول الاحليل اثر رض عارضي او جراحي ، كتمزق الاحليل ، ومرور حصاة او جسم اجنبي ، وقترة راضة ، وابقاء قاثاير في الاحليل وخزع الاحليل الباطن .

ولا بد من النظر الى حالة المريض العامة ايضاً فان الارتشاح يظهر بسهولة في الاشخاص المصابين بامراض مضعفة أكثر من ظهوره في الاصحاء .

ارتشاح البول : هو فلغمون منتشر سببه الاحليل ينجم منه موات النسيج وليس تقيحها فهو ثلث النسيج بالبول العفن المحتوي على الجراثيم الهوائية واللاهوائية . يظهر الفلغمون غالباً ظهوراً متزايداً ويسرع سيره فيشعر المريض بثقل في عجانته ثم بالم ويظهر الابتاج وكثيراً ما تاخذ المريض حمى ولا تلبث الودمة ان تعم الصفن والقضيب والحشفة والاربيتين والقم السفلي من جدار البطن فتستج جميعها ولا سيما الصفن .

والابتاج احمر في بدئه ثم لا يلبث بعد مرور ٤٨ ساعة ان تبدو عليه فقاعات وصفائح خمرية فسوداء .

والحالة العامة سيئة دائماً كما في تعفّات الدم الخطرة فإذا لم يسرع إلى التوسط الجراحي مات المريض متسماً .

المعالجة : نقوم بفتح بؤرة الارتشاح فتحاً واسعاً منذ الزاوية القضيبيّة البفنية حتى الشرج بالمبضع أو بالمكواة النارية وبأجراء شقوق أخرى محدّدة للابتاج بعيدة عن النواحي المصابة .

ولا بد من الحقن بالمصل المضاد للغنغرينا ومن تقوية البنية العامة .
ومتى لم يمّت المريض نظر الطبيب بعدمرور ١٥ يوماً وبدء الجرح بالتحسن في تضيق الاحليل ومعالجته .

الخراجات البولية : هي فلعمون محدود حول الاحليل سببه الاحليل نفسه مقره العجان في الغالب وقد يستقر في ناحية الصفن ويندر أن يكون في ناحية القضيب فهو والحالة هذه مسبب من افة واقعة في القطعة البصلية العجانة من الاحليل .
تبدأ الخراجة بالم حاد في العجان وحى وابتاج وعسر البول حتى انقطاعه ويحمر الجلد غالباً ويتوتر .

ويندر أن تشفى الخراجة البولية عفواً لا بل تفتح في الجلد أو الاحليل .
المعالجة : نقوم بشق الخراجة شقاً واسعاً بعد ادخال مسبار أو شمعة في الاحليل ليبدو واضحاً فلا يتناوله الشق .

وبعد زوال الاعراض الالتهابية يعالج التضيق طبقاً للقواعد التي رايناها .
وإذا بقي ناسوبولي بعد الشق استدعى توسطاً جراحياً .

هذه هي القواعد التي يترتب على الممارس السير عليها في بعض امراض الاحليل الأكثر وقوعاً دون أن يحتاج إلى معونة الاختصاصي .

امراض الموثة (البروستاة)

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

متى توصل الطبيب بعد الفحص الدقيق والاستقصاء الى اقرار الافة في الموثة كان المرض غالباً الا فيما ندر التهاب الموثة الحاد او المزمن او سهلاً او ورماً سليماً فيها اي ورماً غدياً وهو ما يسمى في الغالب ضخامة الموثة او ورماً خبيثاً فيها اي سرطاناً

ومس الشرح في جميع هذه الحالات يمكن الطبيب من تشخيص المرض التهاب الموثة الحاد : يتصف بازدياد حجم الموثة جميعها او بعض اقسامها وبملوسة سطحها ومئاته وبخللاء الغدة من عجر محدودة وبألمها .

فاذا كان في الموثة خراج خفيف الحدة ظهرت بالمس منطقة يستطيع ضغطها وخرج حين الضغط صديد من الصباخ .

واذا كان الخراج حاداً اتصف بالاعراض العامة وبتشوش البيلات وكانت الموثة علاوة على ذلك جسيمة جداً وموءمة اما لا تطاق وسادة للشرح .

التهاب الموثة المزمن : يتصف بازدياد حجم الموثة ايضاً بازدياد متفاوت الدرجات

لان بعض الموثات يكون صغيراً وبعضها جسيماً . وربما تبدل شكل الغدة فقط فكانت فصوصها غير متساوية واكثر الاشكال حدوثاً هو الموثة التي تظهر فيها حدبات ويتفاوت قوامها فهي رخوة في بعض المحال وصلبة في البعض الاخر ومهما يكن فالموثة موءمة بالمس .

سل الموثة : يزداد حجم الموثة وتبدو فيها عجز صلبة مدورة كما في التهابات

البسيطة غير مؤلمة وبهذا تمتاز عن عجز الالتهاب وما هذه العجز الا الدريانات السلية ويشعر الى جانب هذه العقيدات بمناطق رخوة مناسبة لعقيدات متليئة وكهوف وكثيراً ما يشترك سل الموثة بافات الجهاز التناسلي الاخرى . ومتى ضغطت الموثة خرج من الصاخ سائل قيحي فيه بعض الحثر التي يفتش فيها عن عصيات كوخ . ومتى بقي الامر غامضاً تلغح القبعة بهذا السائل فينجلي الامر متى سلت .

ضخامة الموثة : تبرز الموثة في الشرح بروزاً متفاوت الدرجات ويدرك بالمس الشرجي .

١- ان الموثة قد ازداد حجمها وزال انخفاضها المتوسط وان قوامها متماسك غير انه لين وان جميع اقسامها متجانسة وانها ملساء منبسطة محدودة جيداً في الاسفل والجانبين والعالى اذا كان الوصول الى تلك النقطة مستطاعاً وانها ليست صلبة صلابة خشبية ولا مؤلمة متى لم يكن الالتهاب قد زيد على الضخامة

٢- اوان حجم الموثة عادي فيعرف حينئذ بالمستقصية المعدنية ان الموثة بارزة في المثانة ويستطاع بالمرآة المثانية الجزم بان الموثة ضخمة وان ضخامتها منتشرة الى جهة المثانة .

٣- اذا لم يدرك بالمس الشرجي ان الموثة ضخمة ولم يظهر بالمرآة المثانية بروز في المثانة ظهرت بالمرآة الاحليلية اورام غدية صغيرة حول الاحيل و يطلق على المصابين بهذه الحالة اسم الموثيين بدون موثة *prostatiques sans prostate*

سرطان الموثة: المصابون به طاعنون في السن غالباً والموثة فيه متوسعة غير منتظمة فيها حذبات ونوى كبيرة كثيفة خشبية القوام وحدود الموثة مبهمه

وحوافيها زائلة ومنقارها صلب ومسها غير مؤلم وفي الاريتين عقد ضخمة
 وقترة الاحليل الموثي تحدث نزفاً ومتى ادخلت بانكية في الاحليل لم تتمكن
 الاصبع المدخلة في الشرج من الشعور بها .
المعالجة :

التهاب الموثة الحاد : يظهر غالباً في سياق التهاب الاحليل السيلاني
 ويستدعي قطع المعالجة الموضعية وكثيراً ما يكون الالتهاب مسبباً من سوء
 هذه المعالجة .

معالجته دوائية صرقة : راحة في السرير ، مغاطس عامة حارة ،
 مغاطس مقعد حارة ، حقن شرجية حارة يضبطها المريض ما أمكنه مرتين في
 اليوم ، فتائل لفاحية (suppositoires à la belladone) وغير ذلك ومتى انحبس البول
 قنتر المريض بقائناثير نالاتون ذي الرقم ١٥ او ١٨ ومتى تكونت الخراجة وجب
 شقها بطريق العجان .

يصنع شق معقوف الى الوراء امام الشرج بغيراطين سائر من احدى
 الحدبتين الوركيتين الى الثانية يشق الجراح الطبقات المتتابعة الجلد والنسيج
 الخلوي والرفو (raphé) الشرجي البصلي والعضلة المستقيمة الاحليمية فيصل
 الى الحلاء الذي يستطيع تسليخه فيدفع المستقيم الى الوراء ببعد وتشق الموثة
 في جانبها ويتحاشى الاحليل .

وقد تنفتح الخراجة عفواً في الاحليل او العجان او المستقيم فاذا كانت
 قد انفتحت في الاحليل لا يجوز شقها بطريق المستقيم لئلا يحدث ناسور احليلي
 مستقيمي .

التهاب الموثة المزمن : تستعمل في معالجته جميع الحقن الشرجية والمغاطس الجارية كما في الالتهاب الحاد غير ان التمسيد انجم فيها .

والتمسيد انواع فمنه التمسيد الاصبعي بعد ادخال الاصبع بالشرح .
والتمسيد المشترك مع جس البطن .

والتمسيد المشترك مع التوسيع بالباننيكية .

ولكل من هذه الانواع استطبابات خاصة فالتمسيد المستقيمي يؤثر في القسم الخلفي من الغدة

والتمسيد الاحليلي بالباننيكات والشععات يؤثر في القسمين الامامي والمحيط بالاحليل ومعالجة الاحليل لاغنى عنها متى كانت افات مزمنة مرافقة لافات التهاب الموثة المزمن .

والتمسيد المشترك (المستقيمي الاحليلي) مستعمل ولا سيما في التهابات الموثة العامة التي تكون بها الموثة جميعها مصابة غير ان التمسيد وهو طريقة حسنة سيف ذو حدين فمتى لم يحسن استعماله يفضي الى عوارض لا تحمد عقباها ولا يجوز ان تمسد الموثة في الالتهابات الحادة الا متى كان الطبيب قد مارس هذا الامر طويلاً . فهو يفعل بافراغه الغدة وتخفيفه لاحتقانها غير ان الافة عنيدة فلا بد من التذرع بالصبر وقطع التمسيد ثم العودة اليه اذا لم تجن الفائدة المرغوب فيها . وعلى الطبيب ان ينذر مريضه منذ البدء بان مرضه قد ينكس . واضجاع المريض على ظهره هو احسن وضعة لان الطبيب يتمكن بها من اشراك جس البطن بالتمسيد وذلك بخفض الناحية الخلفية بيده اليسرى خفصاً شديداً الامر الذي يمكنه من جس الموثة بين يده واصبعه المدخلة في الشرج .

وبجري التمسيد بالسبابة اليمنى بعد الباسها اصبع قفاز ذات دائرة وطي هذه الاصبع جيداً بالفازلين او برهم خاص . ويدار الوجه الراجي الى العالي ويعقف طرف السبابة ويفتش به عن النقاط الصلبة او المورثة قليلاً فتضغط هذه النقاط ضغطاً تدريجياً ومتزايداً من الاسفل الى الاعلى ومن المحيط الى المنقار دون اقل عنف لتفرغ الغدة من محتوياتها . وبعد ان تعصر الغدة تستد تمسيداً دائرياً خفيفاً . وتكرر الجلسات مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع ومدة كل جلسة دقيقتين الى خمس دقائق . ويكون التمسيد خفيفاً في بدئه ثم اشد واطول .

وبعد ان تفسد الموثة يمسد الحويصلان المنويان اللذان يكونان في الغالب مضامين كالموثة ويغسل الاحليل والمثانة قبل هذا التمسيد بما حار على ان يفرغه المريض بعد التمسيد . ويعرف ان التمسيد افاد متى ظهرت على الصماخ قطرة صافية او قيحية او متى انصب منه سائل آت من الغدد الموثية التي افرغت . ومعاينة هذه القطرة بالمجهر واجبة ومفيدة . ومتى لم ينصب شيء بعد التمسيد وجب الاقلاع عنه لان المثابرة عليه لا تفيد .

سل الموثة : سلسا البدئي خطر . غير ان المعالجة الدوائية تؤثر فيه تأثيراً حسناً ولا سيما متى كانت صحة المريض العامة لا تزال جيدة فالانذار متعلق بها اذن . ومهما كان سل الموثة بدئياً او ثانوياً صلباً او متقيحاً فمعالجته تقوم بمعالجة الحالة العامة وجميع الوسائط الدوائية تستطيع تجربتها . ويجوز ان يقطر في الاحليل زيت غومثولي تخفيفاً للالام الناجمة من التهاب الاحليل والمثانة .

واذا رافقت تشوشات شديدة التقيح او النواسير يجب التوسط الجراحي بشق العجان شقاً واسعاً .

ومتي احدث امتداد الافة الى الاحليل والعنق الاماً شديدة الحدة كانت الوسطة الوحيدة في تخفيف الالام شق المثانة واتلاف ناحية الموثة بالكي وترك احفوض في الشق .

ضخامة الموثة : ياتي المصابون بضخامة الموثة في حالات مختلفة فكثيراً ما ينبه عسر البول افكار المريض ويسوقه الى الاستشارة وتارة تطرأ عرقلة كبيلة الدم او التهاب المثانة او آلام حصاة وطوراً تظهر تشوشات هضمية او دنف مترق فياً في المريض مستشفياً من احد هذه العوارض .

ومتي شخصض المرض كانت المعالجة المختارة استئصال الموثة بالطريق الخثلي وذلك متى كانت حالة الاعضاء الاخرى والكليتين حسنة والشخص متيناً فالاستئصال، وحده يقطع شأفة الداء وبقي المريض العراقيل التي يعرضه لها ومنها انقلاب الضخامة سرطاناً .

ومتي كانت العملية متعذرة او رفض المريض التوسط الجراحي استعملت الوسائط الملطفة .

١ - في الدور الاول متى كان المرض متصفا بتشوشات البيلة بدون اسر يشار على المريض بالنصائح الصحية : يمنع عن الكحول والقهوة ويسمح له بتناول اللحم مرة فقط مع طعام الظهر ويدعى الى التئزة عشرين دقيقة مساء قبل النوم ويعطى الاوروفورمين ويتحاشى القبض ويقلل الملح في الطعام .

٢ - متى كان اسر ناقص بدون توسع ومتى بلغت المثالة ٢٠٠ غرام وكان

البول صافياً قثرت المريض مرة واحدة في اليوم . ومتى بلغت المثانة ٥٠٠ غرام قثرت المريض مرة كل يومين . ولكن متى تعكر البول وجبت القثرة ولو كانت المثانة قليلة وغسلت المثانة بعدها بمادة مطهرة للفساد .

٣ - في دور الاسر الناقص مع توسيع متى كانت حالة المريض العامة مرضية خزعت المثانة واذا لم يرض بها المريض اجريت القثرة على ان تراعى فيها الدقة الفائقة لانه اذا افرغت المثانة بسرعة خشي من حدوث نزف مثاني خطر او اذا تعفت ولو تعفناً خفيفاً مات المريض بسرعة .

فمتى ادخل القاثن افرغ به زهاء ٤٠٠ - ٥٠٠ سم فقط وتكرر القثرة خمس مرات مع مراعاة الاحتياطات نفسها اي كل اربع ساعات مرة ومتى لاحظ الطبيب ان التوسع لم يتبدل بعد ٣ - ٤ ايام زيدت القثرة مرة اخرى وافرغ زهاء ٦٠٠ سم كل مرة ولا ينتظر ان فراغ هذه المثانات ان فراغاً تاماً قبل مرور ثمانية ايام اذا كنا نرغب في ان نتحاشى بيلة الدم . ومتى انصب في اثناء القثرة بول مدمم يجب في الحال حقن المثانة بمحلول مضاد للفساد لكي تعود الى التوسع .

ومتى كانت قثرة المريض مع مراعاة هذه الاحتياطات مستصعبة ومتى كانت كمية البول المفرزة كل يوم تستدعي عدداً اكثر من القثرة وكان المريض لا يرضى بنزع المثانة يوضع قاثن ثابت يسد طرفه بسدادة ويفتح في ساعات معينة كما ذكرنا عن مواقيت القثرة .

ومتى طرأ اسر حاد وجبت القثرة بدون ابطاء مع مراعاة الاحتياطات نفسها واذا لاقى الطبيب صعوبة في القثرة وجب ترك القاثن في الاحليل .

ومتى كان الانحباس تاماً ومزمناً : لا يتمكن المرضى من البول فيضطرون الى استعمال المسبار في النهاية مراعين فيه النظام الذي ذكرناه ٣ - ٤ - ٥ مرات في اليوم وكل مرة ٤٠٠ سم^٣ .

ومتى كانت الفترة مستضمة فضل المسبار الثابت او خرع المثانة الدائم مع وضع قاثانير في الشق المحدث في المثانة .

ومتى كانت بيلة دم بوضع قاثانير ثابت واذا لم يكف تخزع المثانة .
 كيف يفتر المتضخمة موطته : لا بد من تذكر القواعد العامة في الفترة
 (أ - اللطف لأن العنف غير جائز ب - الحكمة فلا تستعمل الحشونة متى بدا
 عائق ج - الصبر فلا يقنط من النجاح بل تعاد الكرة متى لم تنجح الفترة في
 المرة الاولى د - الظهارة التامة) ومن معرفة ان العوائق تستقر على الجدار
 السفلي للأحليل وان الجدار العلوي حر .

ويتنوع طرز العمل حسب المسابير المستعملة . فمرونة مسابير نالاتون
 تساعد في بعض الحالات متى كانت العوائق موطية على مرور المسبار مع ان
 المسابير الاخرى لا استطاع ادخالها .

والمسابير الزيتونية خطيرة لانها تحدث طرقاً كاذبة بسهولة .
 واما المسابير المعكزة فهي المفضلة في فترة التضخمة موانعهم . وتجرى
 الفترة بها على ثلاثة انواع : بمسبار معكز بدون مدك^١ او بمسبار معكز مع مدك^٢ ،
 وبمركبة المدك (manoeuvre du mandrin) .

أ - فالمسابير المعكزة بدون مدك مزواة او مزدوجة الزاوية ويجب ان
 ينظر منقارها دائماً الى العالي وان يتبع الجدار العلوي وليكن رقم المسبار

١٨ او ٢٠ وتوضع وسادة تحت اليدين المريض . ومتى لم يدخل هذا المسبار يحرب :

٢ - المسبار المعكز مع يدك على ان يكون رقبته عاليا ١٨ - ٢٠ دون ان يقل عن ١٦ .

أ - يدخل المدك حتى يكون طرفه بين عيني المسبار المعكز على بعد بضعة مليمترات من العين الاخيرة .

ب - تدفع القطعة المتحركة حتى تصل الى محبرة المسبار وتكتف بها وتثبت في هذه الوضعية .

ج - تجري القثرة بثلاثة ازمنة كما في الالات المعدنية .

٣ - اذا خاب المسبار المعكز مع المدك تحرب جرعة المدك وهي تقوم بادخال المسبار مع مدك كما هي العادة في الاحليل المؤثي ثم يحرق قضيب المدك ستمترا او ستمترين بينا يدفع المسبار ويخفض فهد الحركة المزدوجة المشتركة ترفع منقار المسبار وتبعده عن الجدار السفلي للاحليل وتقر به من الجدار العلوي مساعداً اياه على اجتياز المانع المؤثي الكائن في الجدار السفلي .

وضع مسبار ثابت : معناه ان يدخل في المثانة مسبار ويترك فيها لينفرغ منه البول انفراداً متوالياً في وعاء او ان يسد ذلك المسبار ولا يفتح الا في مواقيت معينة لينفرغ منه البول الذي يكون قد اجتمع في المثانة يستعمل المسبار الثابت ١ - في تحفيض المثانة متى شقت لمرض ما ثم خيطت فالمسبار ينسج البول عن الاجتماع في المثانة فيندمل جرحها ولا تنفكك غرزه . ويستعمل ايضا متى رغب في اغلاق مثانة قد خزعت .

٢ - في تليين الاحليل متى اريد اعداده لادخال آلة غليظة فيه كمرآة المثانة او مفتحة الحصىة (lithotriteur) .

ويستعمل عادة المسبار المعكز لان قطره الباطن اعرض من المسابير الاخرى ولان ابقائه في المثانة اسهل بفضل قسمه المزوى الذي يثبت عند عنق المثانة .

ومتى كان الاحليل مؤلماً والمثانة مصابة بمضض احتمال المريض مسبار نالاتون اللين اكثر من سواه .

ويجوز ان تستعمل مسابر منفوخة الطرف في الانثى كمسبار بازر وماليكو، طرز وضع المسبار : بعد ان يصل المسبار الى المثانة ينصب البول او السائل الذي حقنت المثانة به فيجر المسبار حتى ينقطع السائل عن الانصباب ثم يدخل زهاء سنتمتر الى سنتمتر ونصف فيعود السائل الى الانصباب ويكون المسبار حينئذ في وضعه الحسن ولا ينصب السائل منه بعد ذلك الا قطرة فقطرة .

وبعد ان يحسن وضع المسبار يجب تثبيته في هذا الوضع بجهاز مطاط مثبت او بطريقة غيون وذلك ان يؤخذ خيطان طول كل منهما زهاء ٥٠ سنتمترًا ويعقدان عند منتصفهما حول المسبار قريباً من الصماخ ثم يتجه فرعا الخيط الاول الى يمين الحشفة او يسارها ويعقدان حول التلم الحشفي القلبي وبعد ان يفصل الفرعان يمران بعدئذٍ عرضاً أحدهما الى امام التلم والاخر الى ورائه ويعقدان ثانية في الجهة المضادة مع ترك مسافة كافية حتى لا تفلت الحشفة ثم يؤخذ الفرعان حسب اتجاه القضيب ويثبتان بشعر العانة او يلصقان بالخلد بقطعة مشمع .

ويصنع بالخيط الثاني ما صنع بالخيط الاول الا انه يمر من الجهة المضادة وبعد ان تعقد العقد من الجانبين عند التلم الحشفي القلبي يثبت احد الخيطين الاخر . وفرعا الخيط الثاني يثبتان كما ثبت فرعا الخيط الاول بالناحية العازية المقابلة للاولى . ويجب ان يبدل المسبار كل ثلاثة او اربعة ايام ومتى لم يعد يقوم بوظيفته حق القيام . يستدعي المسبار الثابت وضعاً حسناً ومراقبة دقيقة والا كانت النتائج سيئة للغاية . فاذا لم يوضع المسبار حسناً او اذا سد لا تنفرغ المثانة فيتلألم المريض وينحس البول . ومتى كان القيح المنصب من الاحليل غزيراً خشياً من تقرح القنطرة او من خراج حول الاحليل . وكثيراً ما تكون العوارض العفوية المنشأ كالتهاب الخصية والتهاب الموثة ناجمة من المسبار الثابت او باقية لا تشفى بسببه فيجب اذن نزع المسبار وترك الاحليل حراً بضعة ايام ريثا يسترىح سرطان الموثة : هو كثير الحدوث بمعدل ٩ بالمائة من المرضى الذين يشكون موثاتهم .

فمتى ظهر السرطان على موثة ضخمة استئصل مع الموثة بعد اجراء شق خثلي كما تستأصل الغدة الضخمة .

ومتى ظهر السرطان على غدة لم تصب بالضخامة سابقاً تستأصل الغدة بطريقة العجان وقد يفيد الراديوم في هذه الحالة .

ومتى كان السرطان منتشرأ ولا يستطيع استئصاله جراحياً يوصى المريض باستعمال الراديوم وحقن الوريد بالمازوثرور يوم (mésothorium) ومتى صعبت الفترة وكانت الالام شديدة لا تحتمل تخزع المثانة فوق العانة ويوضع مسبار في الجرح الخثلي ويعطى المريض المخدرات على انواعها .

بعض نصائح صحية عن البصر

القاها في الكلية الوطنية في حمص بطلب من عمدتها ورئيسها

الدكتور كامل سليمان الخوري (من حمص)

أيها النشء المجتهد الناهض .

بما أنكم شجعتُموني بالأصغاء إليَّ في الأسابيع الماضية اخاطبكم اليوم :
اعلموا يا أعزائي أن البصر هو للمرء من أهم الحواس للقيام بما وكل إليه من
الاعمال ، ولا سيما لطلبة العلم النشاط الذين دأبهم الاجتهاد وديدنهم البحث
والتحقيق لتجصيل العلوم والمعارف ، وتأمين مستقبل زاهر لهم ، عملاً بما قيل :
وشغلي درس والتبحر في العلم طلابي وجبذا الطلبُ

ولذا فقد ترتب على كل منكم أن يغرف بعض قواعد وانظمة للمحافظة على
صحة بصره . وقد استنسبت اليوم أن اذكر لكم بعض ارشادات لا تخلو من
بعض الفوائد لكم في هذا الشوط العلمي ، والمضار الادبي للذين تسرون فيهما الآن .
قد اصطلح الاطباء على عند الطفوليتين الاولى والثانية منذ الولادة الى الستين ،
والطفولية الثالثة من ستين الى سبع سنوات ، والمراهقة من السابعة الى الرابعة عشرة ،
والبلوغ حسب البلدان والمناخ من الرابعة عشرة الى العشرين ، والشبوية من
العشرين الى الثلاثين ، والكهولة لحدود الخمسين والشيخوخة لحد السبعين .

فالطفولية الثالثة والمراهقة هما السنان اللتان يتوجب الانتباه فيهما للمحافظة
على البصر بعناية يمازجها شيء من التقوى اذ ان معظم العلل تبدأ في ذلك الوقت
نظراً الى الطياشة وعدم التروي والميل الى اللعب .

فالاولاً : يتوجب عليك ايها الطالب الاعتناء بنظافة عينيك كلما استسخت

من الغبار بعد نزهة طويلة ، وفي الصباح لازالة ما ربما قد تجمع من الافرازات (التي يجفهاها تركب ما نسميه في الدارج العماش) ، واياك ان تحاول ازالة ذلك قبل غسل الوجه ، لئلا تحسرقسما منه هذب الاجفان الضروري لوقاية البصر من الغبار والتراب والرمل وشدة تأثير النور .

ثانياً : اذا شعرت باحمرار في ملتحمة عينك وبتعب من كثرة الدراسة ، فقطر في عينيك قبل النوم بضع قطرات من محلول حامض البور ، ففعله يحلو لك بصرك لما له من خاصة التطهير اللطيف . ونسبة المحلول اربعة في المائة اي مقدار نصف ملعقة صغيرة لكوبة ماء حار ، بعد تحريكه واذا به يحفظ في قارورة ويقطر في العين ، مرتين او اكثر في النهار .

ثالثاً : اذا اعتراك رمد ما في عينيك استشر حالا الطبيب واثم بأمره لأن الوقاية المعقولة في نشأة كل مرض توفر اتعاباً جمة فيما بعد .

رابعاً : عود ذاتك ابعاد الكتاب عنك من ٢٠ الى ٢٥ سنتيمتراً على الأقل . لان تقريب ما تقرأ او تكتب كثيراً الى بصرك يجر الى الحسر (قصر النظر) - اي الى اكثر امراض العيون شيوعاً ولا سيما بين طلبة العلم وفي المدارس التي لا يلتفت فيها كثيراً الى صحة الطلبة ورفاههم .

وكل من يبصر في القرب ، ولا يمكنه ان يبصر واضحاً في البعد يكون حسيراً . وطول المسافة التي بها يعرف الحسر هي القراءة على بعد خمسة وعشرين سنتيمتراً . والشخص الذي تعذر عليه القراءة من هذه المسافة المحدودة يكون حسيراً (myope) .

والحسر هذا يتأتى عن طول قطر العين المقدم الخلفي . اذ ان وطار العين

المذكور يكون في العين الصحيحة اربعة وعشرين ملمترًا ، اما في حالة الحسر فيصير التفاوت بين خمسة وعشرين الى ثلاثة وثلاثين ملمترًا . ونظراً الى ازدياد هذا الطول لا تعود صور المرئيات تقع على الشبكية اي غشاء العين العصبي الذي يرى المرئيات . وذلك لان الاشعة الضوئية المنبعثة من الشيء المنظور والداخله الى العين تجتمع كلها مكونه بؤرتها او محترقها - اي صورة الشيء المرئي - امام الشبكية . بسبب ان القوة الكاسرة للقرنية والبلورية لا يمكنها ايجاد هذه البؤرة على الشبكية تماماً نظراً الى بعد هذه الاخيرة عنها بسبب استطالة القطر المقدم الخلفي . ولذا يرى لزوم استعمال عدسات مقعرة اي العوينات المقعرة التي من خصائصها ابعاد بؤرة الاشعة الضوئية - اي صورة الاشياء المرئية الى الوراء ، وحينذاك ترسم الصورة على الشبكية ويتضح النظر باكثر جلاء ، ولا يعود الدارس يشعر بالصداع الناجيء من الاجتهاد بتطبيق العين التطبيق المطلوب ، وذلك ما ندعوه بالتكيف (accommodation) .

والحسر هذا يكون وراثياً في بعض الاسر او الشعوب ، ولكنه في الغالب مكتسب لاجهاد العين في رؤية المرئيات الدقيقة ، سيما اذا كان النور ضئيلاً فيضطر الولد الى تقريب عينيه اكثر من اللازم لرؤية المرئيات وقد ينشأ احيانا من فقر الدم (اي الانيميا) ، والامراض الالتهابية التي تعتري العين : كالتهاب الصلبة والتهاب القرنية وما شاكل ذلك كما سنرى .

وقد ثبت بالاستقراء ان السبب الاكبر هو كثرة الدرس حتى قد عد بعضهم ان المدارس هي عبارة عن معامل بها يكتسب الحسر ، وكلما كثرت المدارس في شعب كثر فيه عدد الحسرين كجرمانيا وفرنسة وانكلترة وخذ وصاً

الولايات المتحدة . والبرهان على صدق هذا التقرير هو ان الشعوب الساكنة في البراري والغفار كالبدو وخلافهم ، لا يعرفون هذا المرض لانهم لم يعتادوا النظر الى المراثيات القريبة ، وكذا القول في سكان البراري كافة والنوتية ، واهل الزراعة ورعاة الماشية اما في البلاد التي كثرت فيها معاهد العلم وزادت دور الصناعات والاشغال الدقيقة فقد كثر فيها هذا المرض

وهذا ما اجفل قادة الشعوب ، واضطربهم الى سن انظمة للمدارس ومعاهد الصناعات الدقيقة لتقليل هذه العلة الشائعة .

وقد تنوجت هاتيك الانظمة بالاجاح غير المنتظر ، سيما لما اتجهت الافكار الى اصلاح الاستنارة . وقد شاهدوا في مدارس الرمازة (البوليتكنيك) في باريس الموجودة فيها الاشغال الدقيقة اكثر من غيرها ، ان الحسر لم يعد بازدياد كما في السابق . اذ احصوا حين دخول الطلبة ثلاثة وثلاثين في المائة مصابين بالحسر ، وحين خروج التلامذة منها بعد اتمام تحصيلهم لم يزد قط عددهم وقد عزا اولياء الامر معظم هذا التقدم الى سبب تحسين ادارة النور وتوزيعه حسبما تقتضيه التنظيمات الفنية ، وتطورات التقدم الحديث .

اما العلاج الناجع حقيقة في منع انتشار هذه العلة فيقوم بمنع الطالب الحدث السن عن الاقتراب كثيراً من الكتاب او من اي شيء من الاشياء المستعد للشغل بها طويلاً ومما يساعده جداً على ذلك هو النور وكيفية توزيعه وخصوصاً في المدارس . فمن المهم ان يكون الضوء كثيراً ومتوفراً وبالاخص في غرف القراءة المتسعة ، وان يكون منبعثاً من جهة اليسار للذين يكتبون اللغات الاوربية ، لجانبة خيال اليد الكاتبة ، ومن اليمين للذين يستعملون

الكتابة الشرقية للغاية نفسها . وضروري ان يكون الضوء بعيداً عن محل الشغل
اربعين سنتماً بحيث تسهل القراءة على مسافة خمسة وثلاثين الى اربعين سنتماً
بدون تعب ولا جهد . وقد اوصى ذوو الاختبار بوجود تخصيص ضوء لكل
اربعة او خمسة ثلامذة فقط .

ثم بعد اهمية الضوء يأتي في الاهمية وضع المقاعد ومنضدات الكتابة ،
ووضعة الطالب حين الدرس والكتابة ، والرسم وما شاكل :

يحسن وضع الادوات على حسب سن الولد وطول جسمه ، وان تكون
المقاعد بعيدة عن المنضدة بحيث اذا اخذ خط من حافة المنضدة الى الارض ، يمر
الخط بالمقعد وهكذا يتسنى للدارس وضع ذراعيه على المنضدة ، وسند ظهره الى
ظهر المقعد (البنك) ، ويجب ان يكون مستند ظهر المقعد منحنيًا مع انحناء
المنضدة ايضاً ، ويلزم في وضع التلميذ ان تكون كتفيه موازيتين لحافة المنضدة
ورجلاه على الأرض ، او على دواصة المقعد .

ثم يوصى الطالب بالا يجني ظهره الى الامام ولا الى الجانب ، حذراً
من انحناء العمود الفقاري واحديدب الظهر الى الامام او الى جانب من الجانبين
وهذا عرض سيئ المغبة ، ويحتاج اصلاحه الى عمليات خطيرة وزمن طويل ،
ولذا فكثير من المدارس اليوم تحظر الكتابة على الاولاد الصغار ، تفادياً من
وقوع هذا العرض الذي يعدُّ من العلل المستعصية .

وضروري حين الكتابة ان تكون المنضدة مائلة خمس عشرة درجة ، ويجب
العاد الكتب عن العين مسافة ثلاثة وثلاثين سنتماً ، وكل ولد لا يستطيع
اقراءة من هذه المسافة بدون حني ظهره يكون حسيراً ويجب عرضه على الطبيب

المختص بأمراض العيون ، ولا تجوز القراءة من مسافة اقل من ٢٥ سنتيمتراً ونفضل الكتب المطبوعة على ورق ابيض او مصفر قليلاً ، والاحرف المتوسطة ومتى روقب تلميذ يجلس جلوساً معيماً ، ويقرب بصره اكثر من اللازم من كتابه او لوح كتابته ، على الرغم من رده عدة مرار ، ويكتب كتابة غير واضحة وغير منتظمة ، ويعسر عليه ان يرى ما هو مرسوم على لوح الكتابة ، ويحول عينيه تارة الى هذه الجهة وطوراً الى تلك ، يرجح حينئذ ان ذلك التلميذ مصاب بعيب انكسار الاشعة في عينيه ، ويقتضي اعلام اهله بوجود عرضه على طبيب العيون لتدبير اللازم له ، لانه مصاب بالحسر . وقد جرت العادة اليوم في المدارس الراقية ان تقاس قوة عيني التلميذ حين دخوله للمدرسة ليأشر كل ما يعود الى مساعدته في عمله ويعين محل له قريب من الواح الكتابة يوافق درجة قوة بصره .

ويمحسن بناظر الدروس ان يصف التلامذة في المدرسة حسب قوة بصرهم بقطع النظر عن تقدمهم في الدراسة ، اذ ان ذوي النظر الجيد يمكنهم المكث بعيداً بدون اقل ضرر ، اما الحسيرون فيجب ان يقتربوا من الالواح والخارطات ومن اللازم للآزب ان يحمل الحسيرون المنظرات (العويينات) الموافقة متى قيل لهم انهم يحتاجون اليها ، دون ان يعيروا اذناً مصغية الى خرافات العامة بان استعمال المنظرات يؤهل الى الحسر ، وتعطيل النظر . بل ليتقنوا بالعكس ان اهمال ذلك كثيراً ما يؤدى الى ازدياد العلة عوضاً عن توقيفها في درجتها الحالية فلا غنى للتلميذ عن الالتجاء الى المنظرات متى لم يستطع القراءة من المسافة المعلومة اي من ثلاثة وثلاثين او على الاقل خمسة وعشرين سنتيمتراً حين

مباشرة عملاً يستدعي البصر .

اما الاشخاص الذين يرون من هذه المسافة ولا يميزون المرئيات البعيدة
فعلیهم ان يستعملوا قارص الانف حينما يتطالعون الى المرئيات البعيدة ، ومتى
كان الحسر على اقل من ثلاثة وثلاثين سنتمترًا يفضل ان يحملوا منظرًا ، ويدعوا
جانبًا قارص الانف ، لان تحرکه واهتزازاته حين السير يضر بالنظر .
ويجدر بكل مستعمل منظرًا مهما كان نوعها ان يستشير طبيبه كل سنتين
ليرى حالة بصره الحالية اذا كان يهيمه بصره .

وقد علم بالاستقراء والاختبار الطويل ان القراءة في الفراش مضرة جدا .
اولاً : لانها تستدعي جهودا في انقباض عضلات العين ، لتكون هذه في وضع
مناسب للكتاب . ثانياً : لان وضعة الجسم الافقية تجعل اشعة الضوء تمر قرب
الحافة الجفنية السفلى من خلال الهدب ، وهذا ما يؤدى الى انكسار قسم عظيم
من هاتيك الاشعة وتفرقه ، ثالثاً : قد يصعب ان يتوفر للمرء وهو في سريره
الحصول على ضوء كاف . وادمان المطالعة في السرير تنشأ منه ادواء عديدة
للبصر ، واهمها ضعف قوة العضلات والتكيف وبالتالي الحسر التدريجي وضعف
البصر عموماً

فعلى الاباء ان يمنعوا اولادهم عن هذه العادة المضرة وعلى الشبان ايضا ان
يقلعوا عنها ، اما اذا قضت الحاجة بالالتجاء اليها فيغتفر استعمالها بحكمة اذا كان
البصر جيداً ويرر هذا التساهل .

كذلك القراءة في العربة او السيارة او القطر الحديدية متعبة نظرا الى
الاهتزازات المتواصلة ، ومثلها القراءة على الضوء المتحرك كالغاز والشمعة ، اذ

ان هذه الاهتزازات بقطع النظر عن اسبابها ، من شأنها ازعاج التكيف وكل عضلات العين ، وحملها على شغل مضاعف متعب لا مبرر له ابدا ، وحرى بضعف البصر اجتناب القراءة بتاتا في مثل هذه الظروف والاحوال .

اما الاشخاص المصابون بضعف في ابدانهم كفقير الدم والناقهون من الحميات الطفحجية ، والادواء المضعفة ، وامراض اخرى التهاية في اغشية العين وهذه كلها تساعد على الوقوع بالحسر كما علمنا الاختبار الطويل ، فيتحتم عليهم اتباع قوانين الصحة العامة والاتجاء الى الجمناستيك ، والسباحة والرياضة البدنية على اشكالها ، والتنزه طويلا ، والتغذية القانونية ، واستعمال العلاجات المقوية والمتنوعة لحالة البنية قرب اعين سليمة عادت حسيرة بعد حصول مثل العلل التي اتينا على سردها ، اما الصبىة المصابون بغباشات او ابضياضات قد نشأت من رمد صديدي او حبيبي ، فيترتب الاعتناء الكلي بامر قسانونهم الصحي اذ انهم عرضة للحسر اكثر من خلافهم ، ويجب ترويضهم وتعويدهم النظر الى البعد في الحقول والمتنزهات ، واللعب في الحلاء وهناك سبب من اهم اسباب الحسر وعلل البصر على اشكالها وكثير من امراض البدن في الاحداث واليفعة . اقيت ذكره عمدا الى نهاية كلامي اليوم قصد ان احادثكم به في فرصة اخرى اذا ساعدت الظروف ، وذلك ما ندعوه نحن الاساة بالعادة السرية في الشبان ، واملي انكم جميعكم احرار من نيرها تيك العادة المقوضة لاركان الجسم البشري واختم الآن خطبتي هذه بتكرار شكري لكم على اظهاركم الهدوء والانتباه لسماع ما تلوته .

موازنة بين كلمتين

(مذمر) و (سماوة)

جاءتنا المقالة الآتية من حضرة اللغوي الكبير
 الشيخ عبد القادر المغربي عضو المجمع العلمي
 تعليقا على كلمة مذمر فنشرناها شاكرين
 له غيرته على اللغة .

حضرة الفاضل رئيس انشاء مجلة الطب العربي .

قلتم في الجزء الاول الصادر في هذه السنة من مجلتكم تعليقا على كلمة
 (مذمر) ان العلامة الاب انتاس الكرمللي هو الذي وضع هذه الكلمة لتقوم
 مقام كلمة (buste) الافرنسية التي يادها الصورة النصفية وان (المغربي) وضع
 كلمة (سماوة) للدلالة على ذلك المعنى .

وكنتم قبل هذا التعليق سألتوني لماذا لم ارض كلمة (مذمر) وعدلت عنها
 الى (سماوة) مع ان (مذمر) تفيد معنى (buste) كل الافادة هكذا قلتم وها انا
 املي رأيي عليكم .

اول من اشار بوضع كلمة (سماوة) للصورة النصفية هو الشيخ مكي الحضرمي
 التونسي . وقد نشر ذلك في مجلة (الزهراء) . فلما اطلع على قوله الاب انتاس
 ذكر في مجلة (لغة العرب) ما قاله الشيخ مكي ثم عقبه بان كلمة سماوة غير
 موافقة للكلمة الافرنسية وان كلمة (مذمر) اصلح منها للاستعمال .

ولما قرأت قولها راجعت كلمة (المذمر) وتاملت في معناها وطرائق
 استعمالها فلم اجدها تفضل على كلمة (سماوة) لا من جهة دقة المعنى ومطابقته

للمراد من كلمة (buste) ولا من جهة رشاقة اللفظ وعذوبته . ولذا عولت على اختيار كلمة (السماوة) فذكرتها في جملة (الكلمات الجديدة) التي اشير على الكتاب والمحررين باستعمالها في كتاباتهم وانشر هذه (الكلمات الجديدة) في جريدة (الف باء) . وقد قلت عند الكلام على (سماوة) ما نصه :

(استحسن بعض الفضلاء ان نستعمل كلمة (سماة) للصورة الكاملة : ففي كتب اللغة ان (السماة) تطلق على شخص الرجل بتامه اذ يقال (فلان بهي السماة . ظاهر الوسامة) كما نقول بهي الطلعة . ولا نريد الا شخصه كله اما الصورة النصفية فنستعمل لها كلمة (سماوة) بالواو : ففي كتاب الاماني لابي علي القالي (جزء ١ ص ٢٥) انه يقال لأعلى شخص الانسان (السماوة) . وفي القاموس وشرحه : (سماوة كل شيء شخصه العالي اه) .

هذا ما قلته استنادا الى نصوص علماء اللغة . وعبارتهم واضحة جلية تشف عن المعنى الذي نريده لكلمة (buste) كما يشف البلور الصافي عما اشتمل عليه اما عبارات علماء اللغة في تفسير كلمة (المذمر) فلا تشف عن المعنى الذي نريده لكلمة (buste) الا بتكلف : ففي القاموس وشرحه ان المذمر كعظم القفا وقيل المذمر اسم لعظمين في اصل القفا . وهذان العظامان كما يسميان (المذمر) يسميان ايضا (الذفرى) وقيل (المذمر) هو الكاهل . وقد جمع الاصمعي بين هذين المعاني في تفسير (المذمر) فقال : (المذمر) الكاهل والعنق وما حوله الى (الذفرى) . و (الذفرى) كما مر هي العظامان في اصل القفا او العظم خلف الاذن .

وانما سمي هذا المكان من القفا (مذمرا) بفتح الميم المشددة لتعلق فعل

(التذمير) به . و (التذمير) ان يدخل الرجل (المذمر) بكسر الميم المشددة (والمذمر للابل كالمقابلة للناس) — يده في حياء الناقة فيلمس مذمر جنيها الذي في بطنها (أي يلمس قفاه او العظمين اللذين في قفاه او العظم الناقى خلف اذنه او كاهله) — فيعلم اذ ذاك ان كان جنين الناقة ذكراً او انثى .

وقال بعضهم في تفسير (التذمير) هو ان (المذمر) يلمس (المذمر) اي لحبي الجنين : فان كانا غليظين كان الجنين فحلاً . وان كانا رقيقين كان ناقة . وهذا التفسير زائدنا في معاني (المذمر) ان يكون بمعنى (اللحي) وهو عظم الفك .

فلنخلص من هذا جميعه ان (المذمر) في لغة العرب هو عضو من اعضاء الجسم لا يعدوان يكون (القفا) او (العظمين في القفا) او (العظم خلف الاذن) او (الكاهل) او (اللحي) .

هذه هي المعاني التي يتعاورها لفظ (المذمر) . وعبارة التاج التي نقلها الاصمعي وهي قوله (المذمر الكاهل والعنق وما حوله الى الذفرى) وهي التي استند اليها الاب انستاس — موجزة فسر الاصمعي نفسه ووضحها بأكمل ايضاح . ففي شرح نقائض جرير والفرزدق (جزء ١ ص ٣٥٢) طبعة اوربا عند قول الفرزدق :

(كيف التذمر بعد ما ذمرت
سقباً اعضاء التاج نوار
ما نصه :

« ذمرت اي مسستم مذمره عند نتاجه . وقال الاصمعي « للمذمر مكانان يمسه المذمر : فاحدهما ما بين الاذنين اذا وجدته غليظاً تحت يده علم انه ذكر .

واذا رآه يوج تحت يده علم انه انثى . والمكان الاخر : ان يمس طرف اللحي
فان وجدته لطيفاً علم انه انثى وان وجدته جاسئاً (قاسياً صلباً) علم انه ذكر اه
فبعد هذه النقول كلها لا يصح القول بان (المذمر) له معنى لغوي باعتباره
يصح إطلاقه على الصورة النصفية للانسان . وانما (المذمر) مكان خاص او عضو
خاص من النصف الاعلى للانسان بل ربما كان اكثر استعماله في الابل كما مر صراحة
وهو لعمري لا يعدو المكان الواقع بين الكتف والرأس في العنق كما قال الزمخشري
في الاساس .

فالمذمر اذاً مما يحسن ان يهديه صديقنا العلامة الكرملي الى علماء التشریح
عامة او علماء البيطرة خاصة .

الا ان يكون لدى الاب المحترم علم او قول لعلماء اللغة في تفسير (المذمر)
لم ننتد بعد اليه . والسلام عليك وعليه .

المغربى



مفكرة في الطب العملي معالجة التهاب الوتين المزمنة

مترجمة عن جرائد النرب

١ - المعالجة الصحية :

١ - يجتنب الافراط في الغذاء وتتحاشى الاطعمة التي تكثر فيها البهارات والتوابل ، والمقدمات ، ولحوم الصيد والشاي والقهوة والخمر وسائر الاشربة الكحولية . ويسمح بقليل من اللحم .

ويشار بنظام غذائي لبنى بآتي تقل فيه الملاح : اللبن البقول الجافة والبطرية الاسماك ، اللحوم البيضاء ، الاثمار ، قليل من الملح

٢ - تجتنب الانفعالات ، والجهود ، والتمرينات المتعبة ، والمشى السريع والطويل المدة ، وصعود السلالم ، وركوب الخيل والدراجات والسكنى في شواطئ البحار او المرتفعات العالية والبرد .

فيجب اذن ان تكون المعيشة هادئة وفي الهواء الطلق .

٣ - يجتنب التبغ .

٤ - يشار بالتمرينات اللطيفة المعتدلة وبذلك الجسد كله دلكتاً جافاً ، والحمامات الفاترة ، والفحمية الغازية .

٥ - يقضى فصل في احدى الحمامات (المياه المعدنية) كروايه (Royat)

او بوربون لانسي (Bourbon - Lancy) متى كانت عضلة القلب والكليتان غير قاصرة .

ب — المعالجة السببية :

متى كان سبب التهاب الشريان زهرياً يكافح بالمعالجة المضادة للزهريسيه فيوصف تارة الزئبق واونة اليزموت وتعطى المقادير التي يتمكن الشخص من تحملها وتقطع المعالجة ردهاً قليلاً من الزمن بين كل علاج وآخر : ولكن ليس أكثر من ثلاثة اسابيع .

فيوصف الزئبق حقناً في الوريد ستغرام كيانوس الزئبق (الا في المرة الاولى اذ يتحقق منه بنصف ستغرام فقط) كل يومين ، عشر حقن متوالية . او يعطى فتائل :

٠.٦٠٣ — ٠.٦٠٦ ستغرامات

٣ غرامات

مرهم الزئبق

زبد الكاكو

لفتيلة واحدة توضع مساء وتترك في الليل .
ويجب ان يعتنى عناية شديدة بالقم والاسنان فتتظف بمحلول كلوراء البوتاس
ويقطع العلاج متى بدا اسهال .

ويوصف النيوسلفرسان حقناً في الوريد او حقناً شرجية متى خشي من استعماله بهذا الطريق او متى كانت حالة المريض المادية لا تمكنه من استعماله وذلك ان يذاب المقدار الذي يراد الحقن به بمائة سم من المصل الخلقي (الفسيولوجي) .

واما المقادير فتزداد تدريجياً فيبتدأ بعشرة مستغرامات فخمس عشرة فعشرين
ثلاثين فاربعين حتى خمسة وسبعين وتضع حقنة كل اسبوع . ويكون المجموع
٦ — ١٠ حقن شرجية .

ومتى كانت الكبد والكليتان قاصرة - يجب ان يمتنع عن استعمال
النوسلفرسان لان في استعماله خطراً .

ومتى كانت عضلة القلب ضعيفة يجب ان يعطى المريض قبل النوسلفرسان عشر
قطرات الى عشرين قطرة كظرين (ادرنالين) وان يحقن بالزيت المكوفر ويسقى
المريض بعد الحقنة فنجان شاي شديد الحرارة وملقعة من مشروب فيه خلاصة النشادر .
ويعطى البزموت حقناً في العضلات فيحقن مرتين في الاسبوع على ستة اسابيع
متوالية بامبول تربو كينول (Trépoquinol) او نيوتربول (Néotrépol) كل مرة .
وفي اثناء الفترة اي في الاسباع الثلاثة التي ينقطع بها المريض عن المعالجة يعطى
كل يوم ١ - ٣ غرامات يودور البوتاس في مشروب او حب (يودورال «iodural»)
واذا لم يحتمل اليودور تحقن عضلاته باللييودول (ستمتران مكعبان كل يوم)
ومتى كانت الكلية قاصرة وكان الكلورور منحبساً في الدم يستعاض عن
اليودور بالاحينيات اليودية (albumines iodées)

ومتى بدا اقل عرض دال على ضعف القلب او متى ظهرت اعراض وذمة
حادة في الرئة . يجب قطع اليودور في الحال .

ومتى كان سبب التهاب الشريان رئوياً تعطى صفصافاة الصوده ٣ - ٦
غرامات في اليوم مدة ١٢ - ١٥ يوماً ٣ - ٤ مرات في السنة .

ومتى كانت البرداء السبب يعطى من الكينين ٤٠ ، ٠٠ ستغراما الى غرامين
مدة ١٠ - ١٢ يوماً ٣ - ٤ مرات في السنة

وتناوب الكينين مع النوسلفرسان فتصنع منه ٦ - ٨ حقن شرجية بعد حل
العلاج في مائة سم^٣ من المصل الخلقى ويكرر العمل ٣ - ٤ مرات في السنة

ومتى كان النقرس والتسمات بالاسرب او التبغ او الكحول او الغذاء
سبب الالتهاب الشرياني يجب حذف السبب ويسن علاوة على ذلك :

١ - ينقص الكلورور والمواد الازوتية في الغذاء وتقلل كميته ويحمى
المريض يومين او ثلاثة ايام كل اسبوع حمية مائية او لبنية او ثرية فقط .

٢ - يعطى كل اسبوع او اسبوعين مسهلا خفيفا ملعقة كبريتاة الصوده
في قدح ماء فيشي صباحا على الريق .

٣ - يعطى صباحا ومساء مدة عشرة ايام في الشهر ١٠٠ - ٣٠٠ سم^٤
من ماء افين او فيتل او كووتر كسفييل مع ٥٠ ، ٦٠ سنتغم ثيوبرومين او بدونه او
مع سكر الحليب .

ومتى كان الالتهاب ناجما من التشنج الوعائي (التعب المفرط ، الانفعالات
الغم الشديد) يعطى الفالريانا والبرومور والمنومات ولا سيما الكلورال والنيكتال
ج - المعالجة العرضية

١ - متى كانت الالام شديدة وناجمة من التهاب محيطي الشرايين تطبق
كل اسبوع على ناحية القص ذبابة ميلان او تكوى بالنار او تطلى بصبغة اليود

٢ - متى كانت زلة (ضيق نفس) يحجم المريض حجومات جافة ويحقن بالمورفين
ومتى كانت الزلة سمية المنشأ يحصى المريض حمية لبنية ويعطى مدرات البول .

٣ - متى اصببت الرئة بوزمة حادة يفصد المريض ٣٠٠ - ٤٠٠ سم^٤
ويحجم حجومات مدممة في ناحيتي الجذع والكبد ويحقن بالزيت المكوفر
والستر كنين والبنين (كافئين) والاثير

٤ - متى استرخى القلب (asystolie) يلزم المريض سريره ويحمى حمية

مائية في البدء فحمية لبنية ويعطى المساهل ويفصد ويحقن الوريد بالأوايثين (ouabaine) ثم يعطى الديجتال .

٥ - متى تسمم الدم بالبولة (urémie) يحصى المريض حمية لبنية مطلقة ويفصد . ويحجم حجامات دموية ويعطى الثيوبرومين مع مسحوق بصل العنصل . م . خ .

الاستاذ فيدال

١٨٦٢ - ١٩٢٩

فقد الطب علماً من أعلامه ونجحاً من نخومه الثاقبة بموت فيدال الأستاذ في معهد الطب بباريس ولعمري من منا يجهل هذا الأستاذ وابجائه اشهر من ان تعرف فهو الذي بين ان الحى التيفية تنتقل بالماء وكشف طريقة تلازن العصيات التيفية بمصل المرضى فسعي التفاعل باسمه (تفاعل فيدال) وعاد تشخيص هذه الحى بفضل ابجائه واضعاً جلياً كما ان اسمه عاد خالداً لا تقوى على محوه السنون . وهو الذي تابع ابجائه مع شنتمس (Chentmesse) عن التلقيح المضاد للحى التيفية وتمكن رغم المعارضة التي صادفها ان يبرهن عن فائدة هذا اللقاح فكان للقاح شنتمس فيدال في زمن الحرب فائدة جليلة وقد عم الآن استعماله العالم بأسره .

وهو الذي وجه نظاره الى الكلية فكان له في امراضها القدر المعلي فقد درس انقباس الكلورور وانقباس البولة في الدم (azotémie) وضمة التزعزع الدموي (ch.hémoclasique) ونال بابجائه هذه شهرة عالمية فلما انحصل عليها عالم سواه .

غير ان الموت يحصد بمنجمله الجميع فلا يترك العالم المفيد مكباً على علمه وابراز كشافه المفيدة ولهذا لم يعف من حكمه فيدال الذي كان موته ضربة شديدة نكب بها العالم الطبي فنحن نقدم بهذه المناسبة لمعهد الطب بباريس تمازينا الحارة على فقدته سائلين للراحل الكريم الراحة في حياته الثانية .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٢٩ م . الموافق لشوال سنة ١٣٤٧ هـ

استئصال جسم الرحم في سيدة مصابة

بورم ليفي عفلي وبالتهاب توابع الرحم اليسرى

بطريقة هـ . كلي (H.Kelly)

للحكيم ابراهيم الساطي امتاذ الفرع النسائي الولادي في المعهد الطبي

دخلت السيدة ن . الفرع النسائي الولادي في المستشفى العام مصابة
بأنزفة بدأت منذ زهاء ثلاث سنوات وقد قبلت باجراء العملية الجراحية بعد
ان تيقنت خيبة الطرق الدوائية الاخرى .

سن العليلة ٥٤ سنة وهي ولود متوسطة البنية عصبية المزاج صفراويته
طويلة القامة تأهلت مرتين وولدت (٥) اولاد واجهضت مرتين ، وبدأت العلة
باختلال الطمث من حيث الكمية والكيفية والمدة فكان الطمث تارة ذات تخثرات
مختلفة الحجم وطوراً سائلاً ممزوجاً بمواد مخاطية لا تتجاوز فواصله اسبوعاً او
عشرة ايام ، ولون المريضة شاحب تقرب سخنتها من السحنة الابرقاطية مع
شيء من عسر التنفس وخفقان القلب الناجمين من فاقة الدم ونسدره وسائط
الاستدماء وتشكو العليلة دواراً وأرقاً للسبين ذاتهما ، امعاوهما منتفخة واهنة

ومعدتها متمددة مترافقة بابطاء الهضم واختلاله بسبب الأنزفة وصدمة الورم
 الليفي المنعكسة للأنبوب الهضمي والافعال المنعكسة الناشئة من التهاب الرحم
 المنتشر المرافق للورم . وتبدي العليلة اعراض الاختلالات البولية والبرازية
 الناجمة من ضغط الورم مباشرة والاماً على مسير الطرفين السفليين ووذمة فيها
 سببه ضغط الكتلة الورمية للضفيرة العجزية من جهة والاوعية الحرقفية من جهة
 اخرى . ولفاقة الدم المسببة من تكرار النزف يداثية في تكون معظم الاعراض
 الآفة الذكر ولدى الشروع بفحص المريضة بالنظر بدا في الناحية الخلفية
 تورم يشغل القسم الأيسر اكثر من الأيمن وشعر بالجلس بكتلة ورمية
 غير منتظمة صلبة لا تكاد تتحرك حركات جانبية وامامية خلفية غير ملتصقة
 بالجدار الامامي في قسمها المتوسط والأيسر وملتصقة به في القسم الأيمن
 حدودها اليسرى المجاورة للخط الذي لا اسم له وحدودها العليا منتظمة
 ومستديرة واما قسمها الأيمن القريب من الخط الأيمن الذي لا اسم له فغير
 منتظم ويشعر بالجلس البسيط ان التوج الثلاثة الجانبين والخلفي ممتلئة بكتلة
 متصلة متحركة جانبها الأيمن اكثر من جانبها الخلفي والايسر وعنق الرحم
 ضخم مرتشح مفتوح فيه شقوق شعاعية متعددة بسبب الولادات المتكررة المهمة
 تسيل منه مادة مخاطية دمية عفنة وتجتمع في غور المهبل مكونة علقات مختلفة
 الحجم ولدى المس والجلس معاً ظهرت الصفات الورمية بوضوح تام فشعرت الاصبع
 الماسة واليد الجاسة بكتلة ورمية متصلة بجسم الرحم مدورة منتظمة شاغلة
 للقسمين المتوسط والجانبى للحوض قوامها صلب سطحها أملس ليس فيه شيء
 من الانتظام غير مؤلمة بالضغط وغير ملتصقة بجدار البطن الامامي عسيرة

التحرك من مكانها واما الجس والمس في جهة الورم اليمنى فيبدان لنا كتلة ورمية غير منتظمة ملتصقة بجدار البطن ومستقرة في الرتج الجانبي تفصلها عن الكتلة الاولى في الاسفل مسافة غير منتظمة وتتصل في الأعلى بالكتلة الورمية سطحها غير منتظم مؤلم بالجلس والمس العميقين وقد اختير وقت توقف النزف لسبر غور الرحم فكان طول قناة الرحم خمسة عشر سنتيمتراً ولما كانت حالة العليلة العامة قريبة من الدنف لازمان العلة ووفرة الانزفه وقربها من الاستحالات التنخرية واصابتها في الوقت ذاته بالتهاب الأذن المتوسطة القيحي المتنخر خشينا ان نخيب عملية استئصال الرحم كما خابت الطرق العلاجية الاخرى فعولجت العليلة اولاً بالمداواة المرممة والمقوية اعاضة لدمها واعادة لقواها الخائرة انتظاراً لحلول وقت مناسب لاجراء العملية غير ان طروء نزف جديد حدا بنا الى الاقدام على العملية مضطرين فخدرت العليلة بالايثير الكبريتي وبقناع امبردان ووضع حامل المصراع العاني بين فخذي العليلة. تهيئة له لقبول هذا المصراع بعد اتمام شق البطن ثم وضعت العليلة في وضعية تران دلامبورغ المائلة او الوضعية المنحطة لبوزي وشق البطن شقاً متوسطاً طوله زهاء ١٥ - ١٧ سم وفتحت الطبقة العضلية فالخلب الذي كان ملتصقاً في الجهة اليمنى بالتوابع اليمنى وبعد ان وقيت حوافي الشق بطبقتين من الرفائد وضع المصراع العاني وثبت في مكانه على حامله واحكم وضعه فبرزت الاقسام السفلى من البطن وبعدت الاقسام المتوسطة من الشق بمبعد غوسه (Gosset) الذي يمتاز بسهولة استعماله وبساطته وسرعة انطباقه واحكامه لضغط الرفائد وابراز جوف البطن ثم القيت نظرة سريعة وعامة على ساحة العملية فتبين ان

الرحم ضخمة فيها بارزات غير منتظمة ولا مستوية وانها منقلبة انقلاباً خلفياً والتوابع الرحمية اليسرى حرة فيها بعض الارتشاح واما التوابع اليمنى فملتزمة وملتصقة بعض الالتصاق بوجهها الامامي وكثيرة الالتصاق بوجهها الخلفي فبدا لنا ان استئصال الورم والرحم اسهل بطريقة (Kelly) فسترنا الامعاء امام السين الحرقفي والمستقيم برفادة كبيرة ووضعنا رفاة صغيرة كنا نبدلها كلما تلوث وكنا قد محونا حر كات الامعاء الدقيقة باعطاء العليلة ستغراماً واحداً من المورفين قبل العملية ونظفنا الانبوب الهضمي بالمسهل والحقنة الشرجية فوجدنا العرى المعوية ساكنة يسهل ارسالها وجمعها عند قبة الحجاب الحاجز وبعد وضع ملقطي راو والمستئين على قعر الرحم وجره الى الاعلى وقليلاً الى الايمن فصلت الحزمة الوعائية للشريان المبيضي الرحمي اليسرى في الحافة العلوية للرباط العريض الأيسر ومسكت بملقطي سوغوند القاطعين للنزف وربطت بإحكام وقطعت وقطع الرباط المدور في انسي الملقط الذي وضع عليه ثم نكست الرحم اكثر فأكثر الى اليمين فشعر بنض الشريان الرحمي فمسك بملقط حذاء الحافة وقريب منها جداً وقطعت الحزمة الوعائية في انسي هذا الملقط وربطت ونزع الملقط ثم رسمت شريحة بشق منجن اتجاه تمعره الى المثانة وسلخت هذه الشريحة تمهيداً لتأسيس الخلب تأسيساً حسناً بعيد العملية ثم برعق الرحم بضربتي مقص ومسك جذمور العنق الباقي في الامام والجلف بمنقاشي كوهر لضبط العنق من جهة وتوقيف نزفه من جهة اخرى ونكست الرحم بزيادة الى الايمن فشوهد في زاوية مقطع العنق الشريان الرحمي الايمن الذي قطع بعد ضبطه بملقط سوغوند فربط وابقى الملقط في

خاصرة الرحم على القطعة الاتهائية للشريان الرحمي اجتناباً للنزف الآتي بسبب تفاعره مع المبيضي الرحمي الايمن ثم بوشر فصل التوابع اليمنى المتصلة وقد سهل هذا الفصل بفك التصاقها من الاسفل الى الاعلى طبقاً لطريقة كلي (Kelly) وحسب وصية الاستاذ حنا لويس فور (J. L. Faure) بلزوم معالجة فك التصاق التوابع الرحمية من الاسفل الى الاعلى وهكذا جردت الالتصاقات وربطت الحزمة الوعائية المبيضية الرحمية اليمنى واستخرجت الكتلة جميعها وبعد ان ازيلت الرفادات السطحية وغسلت الناحية بكمية من الأثير الكبريتي بوشر تاسيس الخلب بشلالة متقطعة نظمت غور تعير الحوض وخاصرته وغمدت مقطع العروق الرحمية والمبيضية الرحمية والمذورة وجذمور العنق ثم غسلت المنطقة ثانياً بالايثير ووضع في قاع دوغلاس انبوبان مرنان مثقوبان قرب النهاية البطنية بضعة ثقبوب بغية التحفيض (drainage) ثم اعيدت وضعة العليلة اقية فعادت الأمعاء الدقيقة والترب الكبير الى مكانهما ونزع مبعد غوسه (Gosset) والمصراع العاني وهيئت خيوط الشبه (bronze) لخياطة طبقات جدار البطن بسرعة فائقة محافظة على العليلة من امتداد الصدمة القلبية فستر غور الجرح برقادة واسعة وغرزت حافته بخمسة خيوط شبيهة متساوية البعد وشاملة للخلب والعضلات والجلد وربطت بعد ان احكمت محاذاة حافتي الجرح واكمل تلاصق الجلد بوضع مخالب ميشل واحتجنا الى خياطة بوزي العميقة مرتين لتقوية جدار البطن الذي كان بسبب الورم وحذراً من زيادة استرخائه بعد استئصال الورم . وبعد مسح الجلد بالايثير وضع ضماد ضاغظ قليلا ونقلت العليلة الى سريرها وقد ارسلت

الكتلة الورمية مع الرحم الى دار التشريح المرضي ليقوم بفحصها النسيجي الاستاذ شوكة بك الشطي فجاء الجواب المجبري مصدقاً للفحص السريري ولم يطرأ على العيلة اختلاط مهم عقيب العملية وقد وضع كيس الثلج على البطن اتقاء لالتهاب الخلب وكوفج وهن الامعاء والاحتباس الغازي بوضع انبوب مورفي (Murphy) المستقيمي ونزع الاحفوض في اليوم الثالث والخياطة بين اليوم السادس والتاسع وتركزت المذكورة المستشفى واحوالها العامة حسنة وستحسن أكثر فاكثر اذا تابرت على تعاطي مرممات الجسد والمقويات .

النتائج المستخلصة عملياً : أولاً تسهيل العملية واتقاء المجادلة مع العرى المعوية وايقاف حرركاتها بتفريغها تفرغاً تاماً بالمسهل والحقن المستقيمية واعطاء المريضة سنتراماً واحداً من المورفين فكان من كل هذا ان سكنت حرركات الامعاء وسهل ضبطها عند قبة الحجاب الحاجز واتقاوها للرضوض التي تقع عليها عادة ابان هذه العمليات وتعرضها لالتهاب الخلب في الايام التالية وكان النوم الذي احده المورفين سبباً في محو الخوف الذي تشعر به العيلة عادة عند دخولها لقاعة العمليات واتقاء الانفعال الشديد الذي يصيب بعض النساء في هذه الساعة .

ثانياً : لم يكن تأسيس الخلب صعباً على الرغم من الالتصاق في قسمه الأيمن فقد كان ترميمه التام مستطاعاً وقد سترت به مقاطع العروق وجذمور عنق الرحم الأمر الذي يوجب ضم الزمن السابع من عملية استئصال الرحم تماماً كان أو غير تام لكل استئصال رحجي .

ثالثاً : حذفت التوابع الرحمية الملتببة حذفاً تاماً بدون ان ينشق الكيس

النفيري فعد التغير الحوضي اذن عقياً ومع هذا لم يضر للتخفيض العلية ولو ظن بعضهم انه ليس ضرورياً في كل حادثة امانحن فنعتقد ان التخفيض اذا اجري على الوجه البسيط كما اجريناه في هذه العملية او حسب طريقه ميكوليز افضل ولا غنى للجراح عنه وكثيرات هن النساء اللواتي كن ولم يزلن مدينات بحياتهن للتخفيض المعتاد او للميكوليز .

رابعاً : لم يشاهد اثناء سير العملية ما يدل على صدمة جرحية او لزوم تكييف احد ازماتها غير ان المريضة ابدت زلة لازمتها على الرغم من ابقاء جهاز امبردان بدرجة الصفر فخشي من النهي العصبي القلي البصلي فاسرع الى سد البطن بالخياط المعدنية طبقة واحدة فكانت نتيجة ان الجرح ندب ندباً متيناً كما في الطرق الأخرى .



(١) الهیضة الاسبویة فی الشرق الادنی

للحکیم سامی الساطی استاذ الامراض الباطنة فی معهد الطب بدمشق

أ - لمحة تاریخیة : انه وان كانت الهیضة قد اجتاحت بلاد الشرق الادنی عدة مرات ، فلا یدل ذلك علی ان هذا المرض الساری جداً من امراض هذه البلاد القریة کثیراً من الهند التي هی بؤرة ذلك المرض واول جائحة یذکرها التاریخ للهیضة فی سوریه كانت فی سنة ١٨٢٢ ثم فی سنة ١٨٣١ . ثم ظهرت فی مکة عام ١٨٤٥ ثم اجتاحت فی سنة ١٨٤٦ سوریه ومکة ومصر ثم ظهرت فی ارض الجزیره سنة ١٨٥٥ . وفي سنة ١٨٦٥ ظهرت فی مکة ایضاً بوصول الحج الهندي الذي مات منه نحو ٩٠٠٠ حاج ، ثم انتشرت من هنالك الی مصر والی ما بین النهرین ، الدجلة والفرات ، ثم اعادت الكرة فی ١٨٧٠ ومات من الحجاج نحو ستة آلاف ایضاً . ثم ظهرت فی ١٨٨٣ وكانت مصر منشأها اذ ظهرت فی دمیاط فی تاجر هندي وكانت سبباً لوفاة نحو من ٢٥٠٠ شخص . ثم ظهرت فی سوریه ایضاً سنة ١٨٨٩ وفي سنة ١٨٩٥ وانتشرت منها الی مکة ومصر . وفي سنة ١٩٠٠ ظهرت فی مکة وانتقلت الی سوریه وكانت سبباً لوفاة ثلاثة آلاف شخص فی مدة ستة اشهر . وظهرت كذلك فی مکة سنة ١٩٠٧ ثم فی سوریه . وفي سنة ١٩١١ ، ای فی حرب

(١) هذه هی المقالة الثانیة التي قدمها معهدنا لمؤتمر القاهرة الطبي

البلقان ، ظهرت في مكة ثم في سورية وجميع اقطار الحجاز وآسية الصغرى .
ولقد كان لي نصيب في مشاهدة جائحتي سنة ١٩٠٠ و ١٩١١ في دمشق
وجائحة ١٩٠٧ في الحجاز ، وفي سنة ١٩١٦ اي في الحرب العامة في خليل
الرحمن ، في فلسطين .

ومن هذه اللمحة المختصرة يستنتج ان هذه الجوائح المختلفة في هذا الشرق
الادنى كان منشأها الاشخاص الآتون من الهند وكذلك اكثر الجوائح التي
كانت تبدأ من مكة كان سببها اولئك الحجاج الهنود ايضا .

٢ - الاسباب : تنتقل الهيضة بالتقرب من المصابين بها
ولذلك لا يبعد ان يكون الحجاج الهنود المصابون بهيضة خفيفة او ان يكون
جاملو الجرثوم (بورتور) منهم سبب تلوث مكة بهذا الوباء او تلوث سائر
الحجاج الزاهبين الى هنالك لاداء فريضة الحج ، وهؤلاء بدورهم يصبحون
سبب انتشار هذا الوباء في مصر وسورية وما بين النهرين وفي سائر اقسام
الشرق الادنى ، وبسببهم قد ينتقل الى بلاد بعيدة كما حصل في سنة ١٩١١
من انتقال الهيضة الى المغرب .

وقد تنتقل الهيضة من الهند بطريق بلاد الافغان فالعجم وتقدم الى
سورية . وهذا الطريق هو طريق الجوائح العظيمة التي لم تقتصر على بلاد
الشرق الادنى فحسب بل تعدتها الى كثير من بلاد العالم القديم . وكثيراً ما
تتبع هذه الجوائح طريق الحاج الهندي اما بطريق خليج العجم فالبصرة
وبغداد فدمشق وإما بطريق البحر الاحمر فجدة وهي مرفأ مكة .
ولكنه وان كانت السراية الاساسية في هذا الداء بالقرف مباشرة فهناك

اسباب تالية تستحق انعام النظر لانها قد تحول سيرها وانتظام حركتها .
 فربما كان لجهل بعض الامم دخل في هذه السراية ، فالحاج الجاهل
 صورة العدوى وعدم اتخاذ الحكومات السابقة في الحجاز كما في غيرها ، الوسائل
 الصارمة في المكافحة كانا من الاسباب الهامة في هذا الانتشار وتلوث كثير من
 افراد الحج ، سيما غسالي الموتى والحفارين وحمالى النعش ، وما شابه . وان في
 استعمال النعش مرات في اليوم دون تطهير في كل مرة وعدم تطهير يدي الحاج
 جيداً ، في البلاد التي يقل ماؤها في الحجاز او في طريق الحاج الى بلاده
 اسباب اخرى لذلك الانتشار . واني لا ذكر اني صادفت في جائحة ١٩٠٧
 حين كنت مرافقاً لقافلة الحج الدمشقي ، اول حادثة من الهیضة في المستورة
 بين الحرمين ولكن ما لبثت الجائحة ان اصبحت عامة سريعة بسبب آبار الشرب
 المنتشرة على الطريق والمثلوثة بايدي الذين لا يعرفون سبيل الوقاية من هذا
 المرض الفتاك . وكذلك فان عادة سلب الاموات ثيابهم بعد دفنهم من
 الاسباب المخيفة في انتقال هذه الجراثيم .

ولا ينبغي ان شدة الازدحام في الحفلات او الاعياد ، كما في نفرة الحج
 وعيده مثلاً هي من الاسباب الهامة جداً التي لا تحتاج الى ايضاح مطلقاً .
 من المعروف ان الهیضة تنتشر بواسطة الماء الملوث ، ولكن عادات اهل البلاد
 وحرصهم على الحصول على ماء جارٍ في بيوتهم لتخفيف وطأة القيظ في الصيف مما
 يسهل انتشار هذا الوباء بصورة خاصة ، فالبيوت ، في بلاد الشام ، مهما كانت
 فقيرة فيها ماء جار دائماً . والاحواض في هذه البيوت كلها تستقي من ماء واحد ،

فاذا تلوث هذا الماء كان سبباً في انتشار الداء القتال الى جميع البيوت التي يجتازها .

وهكذا الحال في دمشق خاصة ، حيث يخترقها بردى بآئه متغلغلاً في جميع اقسامها بفروعه التي لا تحصى ، لتلطيف هوائها وارواء حدائقها ولكنه في الوقت نفسه ، يحمل تلك الجراثيم ويثبثها هنا وهناك .

وهذا هو سبب انتشار الجوائح ، وتوسعها سريعاً وبقائها مدة طويلة كما حدث في جائحة سنة ١٩٠٠ التي دامت مدة سنتين في ذلك البلد .

لا يغرب عن البال تأثير الذباب الشديد في بلاد الشرق الادنى ، حيث يكثر بسهولة . وقبلما يوجد في بلد من بلاد الشرق بقدر ما يوجد في جده ، مرفأ مكة ، وعلى الرغم من ذلك ، لا تجد هناك شخصاً يلتفت الى ابسط الامور الصحية حتى ولا الى ستر تلك المواد الغذائية المعروضة للبيع على قارعة الطريق . ومع ذلك قلما تكون الفواكه الملوثة ، بهذه الصورة سبب انتشار هذا الداء كثرتها في الخضر التي توء كل غير مطبوخة . ولعل سبب ذلك وجود خائثر مضادة للجراثيم في تلك الفواكه ولا بد لنا من ذكر ان الاستعداد للاصابة بهذا الداء ليس على وتيرة واحدة في الجماعات او الافراد . ففي جائحة ١٩٠٠ في دمشق بقيت بعض الاحياء مصونة مدة طويلة بينما كانت الهيضة تفتك فتكاً ذريعاً في الاحياء الاخرى وهكذا بقيت تلك الجائحة في دمشق مدة سنتين مع انها لم تدم في الحجاز الا اشهرأ . ولعل في ذلك دخلاً لعلو الامكنة ايضا ففي جوائح مكة ، يهاجر كثير من السكان الى الطائف الذي يعلو كثيراً عن مكة والذي يبقى غالباً خارج نطاق تلك الجوائح بسبب ذلك الارتفاع او

بسبب تعرضه للرياح التي تعصف هناك وتنظف الهواء من الغبار الملوث .
وهكذا كانت الحال مساعدة في خليل الرحمن ، في اثناء الحرب العامة
اذ كانت الجائحة اقل وطأة منها في البلاد الاخرى لارتفاع الخليل وكثرة رياحها
والذي يظهر ان الهواء الرطب ينقص من حمة جراثيم الهيضة ولذلك تكون
الجائحة في مكة اشد منها في جدة وتكون كذلك شديدة في عربان رابع
والوجه والينبع الداخلية اكثر من تلك البلدان نفسها .

وتكون وطأة الهيضة اخف في المناطق التي هي من طبيعية كلسية مسيكة
لبقائها سطحية وتأثير اشعة الشمس فيها خلافا لما اذا كانت الارض نسيمة
اي غير مسيكة فهناك تنفذ في الارض فتتخلص من تأثير الاشعة القاتلة عدا
انها تكون كذلك ينابيع المياه التي تصل اليها تحت الارض .
وكذلك تكون هذه الجوائح اشد فتكا في الصيف منها في الشتاء
والهيضة في الحجاز تظهر صيفا وشتاء .

٣ - المناعة والاستعداد :

جميع الاجناس والاعمار سواء في قبول هذا التلوث بجراثيم الهيضة
فالاطفال يصابون كالكهول ولكنهم يبرزون اشكالا مقتضبة قليلة الخطر على
حياتهم ولكنها كبيرة الخطر على غيرهم لقلّة ما ينتبه لطبيعتها الهيضية .
والرس الاسود يصاب كغيره من الراس الاخرى ومما اذكره ان
اول اصابة بالهيضة في جائحة سنة ١٩٠٧ في الحجاز كانت في شخص زنجي
من الحجاج .

ومن الصناعات ما هو حافظ من الهيضة كما ان منها ما هو مساعد لظهورها

فالصناع الذين يشتغلون بالنحاس والتبغ والفحم وجلود الحيوانات قلما يصابون بالمرض . مع ان سائقي الجمال والادلاء والسقائية و (المهاترة) المعرضين للمشاق اكثر من غيرهم هم الذين يصابون بالهيضة قبل غيرهم غالباً وهذا ناتج من التعب .

وللشعب اعتقاد عندنا في ان للحمية تأثيراً كبيراً في حصول الهيضة وهو يرى في الاشربة الحامضة فضيلة حافظة لذلك تراهم يكثر من شرب تلك المرطبات الحامضة كالليمونيات في ايام الجوائح خاصة . هذا بما يوافق القواعد العلمية اذ من المعلوم ان ضمت الهيضة لا توافقها البيئات الحامضة مطلقاً . وقد استعمل سكان دمشق تلك الاشربة كثيراً في جائحة ١٩٠٧ فلم تجدهم كثيراً لان الجائحة دامت سنتين في مدينتهم والافضل استعمال الكينين للوقاية من الهيضة اذ عرف ان الهيضة تجتنب من يستعمل هذه المادة .

٤ - الاعراض والاشكال السريرية :

اننا لنترك البحث عن اعراض الهيضة العامة لانها معلومة لدى الزملاء الافاضل ونستسمحهم الاذن بذكر بعض اعراض وصفية قليلة الشيوع والذبوع صادفناها في بعض الجوائح اهمها :

هيضة بدون اسهال مطلقاً او هيضة قيئية الشكل كان فيها التجشوء والقيء البسيط او الارزي العرض الوحيد كأن تلك الاصابة كانت منحصرة في النصف الأعلى من انبوب الهضم . ومن الاشكال التي يمكن ذكرها ايضاً شكل الازرقاق السريع وهذا الازرقاق قد يكون محدوداً في الوجه او في النهايات مثلاً وقد يكون عاماً . والشكل الخنثي ، وقد شاهدت ذلك

في احد الضباط العثمانيين في مكة ، وكان كل ما شوهده لديه من الاعراض المحسوسة اعراض الخناق الصدري الجئيس وكانت وفاته عقب سكتة قلبية والذي ظهر اخيراً في فتح الجثة اصابته بأفات الهیضة الجئيسية . ثم مما يذكر هنا الشكل المقترض في الاطفال الذي قلما يشاهد فيه غير اعراض اسهال بسيط او بعض اعراض عصبية فقط ولم اشاهد شيئاً من الاختلاطات المذكورة كالتهابات القني الصفراوية او احتقان الكبد او اليرقان ، ما خلا بعض نمشات في الجلد فقط . والهیضة في الحوامل شديدة الوطأة غير اني صادفت بعض الحوادث الوحیمة التي انتهت بالشفاء ولا يستبعد ان تكون الحولاء (المائع الامينوسي) قد اعاض عن السوائل التي فقدتها البنية .

٥ - الوقاية :

وانا لنقتصر في هذا الفصل على ذكر اسس الوقاية لثلاث نضیع وقت الزملاء بتكرار شيء يعرفونه واهم ما في ذلك مستند الى ملاحظة كل من يشبهه بسلامته او تحري حاملی الجرثوم دائماً . اذ يمكن لتلك الضمات ان تظل مدة طويلة في براز الناقهين من الهیضة او من شفي منها حتى بعد ١٥٠ يوماً . ومن هنا يظهر لكم عدم كفاية الحجر الصحي القديم على القادمين من بلاد موبوءة مدة خمسة ايام فقط دون تحري حاملی الجرثوم فيما بينهم ففي وقاية دمشق مثلاً كانوا يحجرون الحجاج في الزرقاء وهي محطة تبعد عن دمشق مسافة ثلاث مراحل فقط لكنه على الرغم من هذا الحجر كانت الهیضة تنتشر في دمشق بوصول الحجاج حاملی الجرثوم اليها .

ولقد افاد جداً في جائحة ١٩٠٧ في دمشق تطهير بردى بلبن الكاس قبل دخوله للبلد وكان لذلك اثره الحسن في مكافحة تلك الجائحة .

٦ - الخلاصة :

ولا نرى لزوماً في النهاية ، للبحث في المداواة ، للتحصن او الشفاء بما عرف من طرق اللقاح والمداواة المصلية الخاصة او من الامور القديمة جداً كالمسهلات المكررة او الكي في العقب او في الناحية الشرسوفية الذي لم يزل جارياً في الحجاز . ومما يذكر بين المداواة القديمة التي لم تزل معتبرة حتى الان استعمال المصل الاصطناعي بمقادير كبيرة جداً اي (٦ - ٧) لترات يومياً لفائدتها في التعويض على البدن عما خسر من مائه بسبب الذرب الشديد والقياء المستمر تقريباً .

واننا نكتفي بهذا ضناً منا بوقت الزملاء الكرام اذ ان الهيضة معلومة لديهم ولكننا اجبنا لفت نظرهم الى بعض الاوصاف الموضعية الخاصة بمرض جواب عام كالهيضة الاسيوية .



أمراض المثانة

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كثيراً ما تكون آفات المثانة فوق طاقة الطبيب الممارس وما يضطر الى الارسال بمريضه الى الجراح او الاختصاصي بامراض جهاز البول فالآفة الاولى التي تصادف هي :

I - جروح المثانة : التي تستدعي في اكثر الاحيان توسطاً جراحياً عاجلاً تحاشياً لارتشاح البول مع ما يتبعه من العراقل كالتهاب الخلب الذي لا بد من اجتنابه وكالفلغمون الفائطي الذي يخشى شره متى لم يكن النزف غزيراً لانبثاق وعاء كبير فيستدعي التوسط السريع والا قضي على الجريح .
ويجب ان نميز :

أ - الجروح الناجمة من حامل ثقب المثانة بعد ان اصاب الغلافات الخارجية .

٢ - التمزق (rupture) الناجم من انفجار المثانة متى اثرت في الناحية الختلية صدمة عنيفة وكانت المثانة متوسعة .

٣ - الانشقاقات (déchirures) التي قد تعرقل كسور الحوض

٤ - الانتقابات الناجمة من جسم غريب اثر في المثانة من الباطن الى الظاهر والحذر كل الحذر من حقن المثانة بسائل ما بغية ان نستوضح به ما اذا

كانت المثانة مثقبة . لان الاستقصاء الذي تشخص به الافة هو القترة التي لا تفرغ من المثانة الا بضعة سنتمترات من البول المدمم لان معظم البول ينفرد في البطن او يرتشح في النسيج المحيطة بالمثانة .

ويستقر التمزق عادة على وجه المثانة الخلفي فهو يقع اذن في جوف الخلب ويقع الانشقاق غالباً على الوجه الامامي فهو اذن خارج الخلب ولا يرافقه تقفع عضلي . والتوسط الجراحي واجب ايضاً غير ان فتح البطن لا مندوحة عنه في التمزق اما في الانشقاق فان الشق الختلي يكفي لمعرفة سعة الافات وخياطة المثانة او تحفيضها (drainage) او خزعها (cystostomie) حسبما تقتضيه الحالة

II -- التهابات المثانة : تبقى مدة من الزمن في دائرة الطبيب المارس . فمتى كان المريض يبول كل ساعة او كل ربع ساعة مرة ليلاً نهاراً ومتى كان بوله عكراً ويتألم في نهاية البيلة (miction) قيل انه مصاب بالتهاب المثانة . وربما اعترته ايضاً بيلة دموية .

لقد جرت العادة ان توصف التهابات المثانة الحادة . والتهابات المزمنة فمثال على الالتهاب الحاد الالتهاب السيلاني او الالتهاب الناجم من القترة اللذان يشفيان عفواً او اثر معالجة حسنة شفاء تاماً وسريعاً .

وربما عقب الالتهاب المزمن التهاباً حاداً لم يعن بمعالجته عناية كافية وانه يكون مزمناً منذ بدئه كما يحدث في المتضيقين والضخمة موائهم والمتعنته كلالهم والمصابة بالحصى وسوى ذلك وربما كانت الالتهابات المزمنة اشدّ ألماً من الالتهابات الحادة فيجب ان يوجه الى كل نوع من هذه الالتهابات معالجة ملائمة شأنها :
١ - تسكين الألم والبول بالحمامات الحارة الشاملة او حمامات المقعد التي

تكرر متى قضت الحاجة وبالرفادات الرطبة الحارة على الخثل وبالحقن الشرجية

المركبة من: انبرين ٢ - ٤ غم
لودنم سيدنهام ١٠ - ٢٠ قطرة
ماء حار ٦٠ غم

يحقن بها وتحفظ ما امكن . وبالفتائل المركبة من

خلاصة اللقاح ٠٠٢٠٢ منتغم
مورفين ٠٠٢
زبدة الكاكاو ٤ غم

لفتيلة واحدة تستعمل منها فتيلة او فتيلتان .

٢ - كل مصاب بالتهاب المثانة يترتب عليه ان يثابر على الراحة الشاملة او بعض الراحة على الاقل في فراشه . وان يجتنب التعب والتنبهات التناسلية وان تقوى صحته العامة وتسكن اعصابه متى كان عصبي المزاج .

٣ - توجه المعالجة الى تبديل البول ليعود اقل تخريشاً وذلك باعطاء المريض المشروبات المبهلة القلوية (٥ - ٨ غم ثاني فحماء الصوده او مياه فيشي) متى كان البول حامضاً او باعادة البول حامضاً باعطاء الاوروترويين (١ - ٢ غم) متى كان البول قلويّاً ولا سيما متى بدأت اعراض الالتهاب بالخفة

٤ - ومتى هجعت الاعراض الحادة ، ويستند في هذا الى قياس سعة المثانة ، يبدأ بالمعالجة الموضعية اي بالغسل او بالتقطير .

فمتى راق بول الغسل سريعاً وكانت السعة كافية غسلت المثانة ومتى صعب غسل المثانة وازداد مضضها في سياق الغسل وظهرت بيلة الدم في نهاية البول وكانت السعة قليلة (٤٠ - ٥٠ سم^٣ او اقل) استعمل التقطير

ويمكننا الاعتماد على الأرقام الآتية :

متى كانت السعة دون ١٠٠ سم^٣ استعمل التقطير

ومتى كانت من ١٠٠ - ٢٠٠ سم^٣ جاز الغسل والتقطير .

ومتى كانت أكثر من ٣٠٠ استعمل الغسل ولا سيما متى كان توسع مثالي

الغسل : قواعدها : لا يجوز أن تتوتر المأنة في أثناء الغسل لأن كل غسل

يؤدي إلى هذا الأمر مضر .

ويجب أيضاً أن يبدأ بغسل خفيفة اجتناباً لأحداث الإلام وتجري

الغسل بالزراعة أو المحقنة المأنة .

الغسل بالزراعة : تجري والمريض واقف أو جالس . يدخل المسبار حتى المأنة

ويطبق فم القنية الزيتوني أو المستطيل على محارة المسبار ويفتح الصنبور فيدخل

السائل المأنة غير أن هذه الغسول لا ترقق بالمأنة كالغسول بالمحقنة فيجب

أن تجري بتروية لئلا تتوتر المأنة وأن يكون ضغط السائل خفيفاً (أي أن يكون

علو الزراعة من ٥٠ سم - متر) والأدخول من السائل كل مرة أكثر من

١٠٠ - ٢٠٠ سم^٣ .

الغسل بالمحقنة : (وأفضل المحاقن محقنة جنتيل) يدفع بها كل مرة زهاء ٥٠

غراماً من السائل غير أنه متى كان أسراً ولا سيما توسع كان في ادخال مقدار

أكبر من السائل كل مرة (زهاء ١٠٠ غرام) فائدة كبيرة ومتى كانت المأنة

متنبهة انقصت الكمية إلى ٣٥ - ٤٥ غم ويعتمد في تنظيم الغسول على سعة المأنة .

ولكي يكون الغسل حسناً ولا سيما متى كان البول عكراً ومتعفناً يجب أن يدفع

سائل جديد في المأنة قبل أن يكون قد انصب السائل كله الذي حقنت به أولاً .

واما الكمية التي تستعمل في غسل المثانة فهي ٣٠٠ - ٤٠٠ سم^٣ الا اذا كان تعفن شديداً او كان قعر المثانة كبيراً جداً فتزاد كمية المحلول اكثر من ذلك

انتخاب المحاليل: المحاليل عديدة فهي تبدىء بالماء المغلى الصرف وتنتهي بالمحاليل المضادة للتعفن القوية ولا سيما نتراة الفضة صديقة اغشية جهاز البول المخاطية المتعفنة واكثر المحاليل استعمالاً هي المصل الخلقى (الفيولوجي) ٧ بالالف ومحلول حمض كيانونوس الزئبق ١ - ٤٠٠٠ وفوق منغنة البوتاس ونتراة الفضة الالف ومحلول دكان فتمى استعمال الماء المغلى الصرف وكان التقيح شديداً يعاد الغسل ٤ - ٥ مرات في اليوم. ومتى استعمال حمض كيانونوس الزئبق اكتفي بمرتين يومياً او نتراة الفضة فبمرة واحدة في اليوم. وتشرك مع هذه الغسول الخارجية الغسول الداخلية بمياه افين وفيتل وبالمناقيم المبلولة (diuretiques) والاوروبروبين او احد مشتقاته. ومتى كان التعفن قديماً جداً وشديداً يترك في المثانة من المحلول المستعمل ٥٠ - ١٠٠ غم.

التقطيرات: معناها ان تحقن المثانة بمحاليل اكنف من المحاليل السابقة المستعملة بالغسل ويجب ان يستعمل لهذه الغاية مسبار عادي ومحقنة بونو (Bouneau) الكروية الرأس. غير ان كل محقنة زجاجية معقمة جائز استعمالها يجب ان تفرغ المثانة اولاً متى كان اسر وان يقطر العلاج فيها بعدئذٍ بالمسبار المفرغ نفسه والمحاليل المستعملة هي المحاليل الخفيفة التي اتينا على ذكرها في الغسل او الزيت الغومولي بنسبة ٢٠ بالمائة (١٥ - ٢٥ غم) او البروترغول بنسبة ٥ بالمائة او نتراة الفضة واحد بالمائة.

فاذا كان المحلول خفيفاً اعيد التقطير كل يوم

واذا كان المحلول متوسطا اعيد كل يومين

واذا كان قويا اعيد مرتين في الاسبوع .

ومتى بدت آلام بعد الغسل او التقطير وصفت الحقن الشرخية او

الفتائل المسكنة . ومتى نزل الاحليل او طرأت بيلة دموية شك في السل

وقطعت النتراة وقطر الزيت الغومولي . ومتى عاد السيلان الغونوكوكي الى

الظهور قطعت التقطيرات واعيدت الغسول بفوق منفذ البوتاس .

هذا هو الطرز الذي يجب اتباعه في الغسول والتقطيرات وقياس سعة

المثانة امر واجب لانها تزداد بينا البول يخف .

واذا استمر التهاب المثانة على الرغم من المعالجة واذا لم يبدُ السبب يجب

ان يفتش عنه بمعاينة المثانة بالمرآة .

وتستغنم الفرصة التي قضيت في معالجة الالتهاب لاجراء المعاينة النسيجية

الجرثومية ومعايرة بولة الدم (azotémie) وتصوير الجهاز البولي جميعه بالاشعة

واذا لم تزد السعة واذا لم تخف علامات تبه المثانة خفة محسوسة

فالانتظار غير جائز لان معاينة المثانة بالمرآة تعود واجبة وتجري بعد التخدير

القطني او التخدير العجزي (épidurale)

تظهر مرآة المثانة آفات منتشرة او موضعية ذات علاقة بأفة في الملحقات

او حول المستقيم وتبين نوع الالتهاب المثاني احتقانياً او وذيمياً او نابثاً

(végétante) او قرحياً وغير ذلك

وتظهر سببه حصاة كان ام رتجاً متعفنأ ام ورماً غدياً موثقاً ام ورماً مثانياً

مذبذباً او مرتشحاً . واذا لم يظهر سبب موضعي يعلل لنا استمرار التهاب المثانة يجب

ان يفتش في الكلية عن السبب فرسم جهاز البول حينئذ يثبت او ينفي الحصاة المصحوبة بتعفن . ومتى لم تكن حصاة يجب ان ننظر الى امرين وهما سل الكلية واستسقاءاتها القيقحية (pyonéphroses)

فمتى كان سبب التهاب المثانة غير واضح وكان لا يشفى على الرغم من المعالجة الحسنة الموجهة اليه او متى نكس بعد الشفاء دعانا الى الشك في سل الكلية ومتى استعملت الغسول والتقطيرات ولم يستفد المريض شيئاً كان على الطبيب الممارس ان يبعث بريضه الى الاختصاصي او الى الجراح حسب سبب الالتهاب الذي يدوله .

ولكن ما في طاقة الاختصاصي صنعه علاوة على ما صنع ؟ انه يحصل في معظم الحالات على نتائج باهرة في التهابات المثانة الودمية والناطقة والقرحية باستعماله المجاري السريعة التواتر (haute fréquence) سواء اكان بتوجيه الشرر او بالتخثير الكهربائي وذلك بطريق الاحليل . فعلى الطبيب الممارس اذن ان يعلم فائدة هذه المجاري اذا فاتته معرفة طرز استعمالها .

فتوجيه الشرر هو احد تطبيقات المجرى السريع التواتر عن بعد على العضو المرادة معالجته .

والتخثير الكهربائي : هو ايصال قطبي المجرى بالعضو المعالج واحداث خشكريشة فيه . فاستعمال هذه المجاري يستدعي : ١ - جهازاً موافقاً للمجرى الكهربائي في المدينة ومعداً لمعالجة امراض جهاز البول بالمجاري السريعة التواتر واكثر هذه الاجهزة استعمالاً هي اجهزة درايبه وهاتز بويه .

٢ - مسابر خاصة شبيهة بالمسابر الاحليلية في طرفها طبق معدني صغير

ويستطاع امرارها في مرآة المثانة المعدة للفترة . تخرج الشرارة حمضاء ذلك
الطبق المعدني الصغير والعين تراها .

وتختلف الشدة والمدة بحسب اختلاف المجرى المستعمل وطبيعة الافة .
والفترة بين جلستين هي في الغالب ١٥ يوماً او ثلاثة اسابيع او شهر حسب
مدة الجلسة وشدها . والتخدير ليس ضرورياً الا متى كانت الجلسة طويلة وشديدة
لان المريض لا يشعر بشيء ما زالت الشرارات موجهة الى الافة نفسها (وآفات
الحالب تستفيد ايضاً من تطبيقات المجاري السريعة التواتر كآفات المثانة)
وبعض التهابات المثانة المستعصية تستدعي آلامها الشديدة خزع المثانة
ليستريح هذا العضو من عناء وظيفته .

III — سل المثانة: كثير الحدوث غير انه في بعض الحالات تالٍ لسل الكلية
ولا يشفى الا بامتئصال الكلية المريضة .

تنوع معالجة سل المثانة متى تركنا جانباً استئصال الكلية حسب شدة
الافات وسيرها . فتارة تتحسن الاعراض تمسنا سريعاً بالمعالجة العامة . وطوراً
تبقى اعراض التهاب المثانة شديدة فتستدعي اشراك المعالجة العامة . كالحقن
بالزيت الغومولي بنسبة عشرين بالمائة . واعطاء ملعقتي اوريزاين (urisanine)
في اليوم عشرة ايام متوالية . ثم اعطاء حبتين في اليوم في كل منها ٠٠٠٥ .
ستغرامات زرقة المتيلن عشرة ايام اخرى وتقطير ٥ سم من محلول زرقة المتيلن
المفتر في حمام ماريا وهذا تركيبه .

١ غم

زرقة المتيلن

« ١٠٠ »

مصل اصطناعي

ومتى كانت قروح او مرجلات او افات مرتشحة كان لتوجيه الشرر فوائد جزيلة . ومتى كانت المثانة لا تحتل شيئاً كانت نوسرة الكلية (nephrostomie) امراً متحتماً لا مندوحة عنه فتعود الكلية في مأمن من ان تلقح بالطريق الصاعد .

IV — اورام المثانة : متى ظهرت عفواً بيلة دموية بدون ألم وفي اخر البول او كان اشدها في اخر البول وكانت غزيرة شك في ورم المثانة مهما كانت سن المريض فمرأة المثانة وحدها في هذه الحالة تثبت وجود الورم وتبين طبيعته فمتى كان الورم مذنباً عولج بالمجاري السريعة التواتر وبطريق الاحليل لانها خير ما يصنع . ومتى كان الورم جسيماً تنزع المثانة وتطبق الاشعة بعد الخزع فمتى كان الورم مذنباً عولج بالمجاري السريعة التواتر وبطريق الاحليل لانها خير ما يصنع . ومتى كان الورم جسيماً تنزع المثانة وتطبق الاشعة بعد الخزع .

ومتى كان الورم لا ذنب له جرب الاستئصال الواسع غير ان التمسك يمكن الحدوث فضلاً عن ان العملية الجراحية نفسها في مرضى طاعنين في السن مضاعفين لا تخلو من الخطر . ولم يفد الراديوم والاشعة الكهربية الا فائدة موقته . ويستحسن ان يشرك مع المجاري السريعة التواتر حقن الوريديومور المازوثور يوم من المحلول المحتوي على ٢ ميكروغرام في كل سم^٣ وتجري حقنة كل يومين مقدارها ستمتوان مكعبان ويثابر عليها مدة بدون اقل محذور ولا خشية من اقل عارض . والفوائد المجتناة من هذه الحقن تشجع الطبيب على استعمالها . ومتى كان الورم مرتشحاً : لا يفيد فيه الاستئصال الجراحي ولا العوامل الطبيعية شيئاً . فتستعمل معالجة ملطفة ويحقن بالمازوثور يوم . ومتى كان

الورم قديماً يفضل حذف المثانة التام بنزع الحالبين عند الحرقفة ، على خزع المثانة
لثلاثيتمد الورم الى الجرح .

٧ — حصى المثانة : اعراضها المألوفة اشهر من ان تذكر : البوال وبيلة
الدم والالم . المحدثه بكل ما من شأنه ان يحرك الحصىة في المثانة والتي تهجم على
العكس بالراحة التي من شأنها تثبيت الحصىة .
وقد يزداد على العلامات المتقدمة توقف غلوة البول فجأة في انشاء البيلة
والاسر والسلس وسوى ذلك .

ومظهر حصاة المثانة : الاخر الذي يمثل مشهد التهاب المثانة هو بيلة القيح فمتى
ظهرت الحصىة به لم يكن للراحة ذلك التأثير المحسوس في تخفيف الاعراض
السابقة : البوال وبيلة الدم والالام بل انها تبقى بعد الراحة شديدة
كما حين الحركة .

والاستقصاء في المثانة بالمستقصية المعدنية وبمراة المثانة وبالمس الشرجي
او المهبل في بعض الاوقات وبالرسم الشعاعي كل هذا كافٍ للتشخيص .
اما المعالجة : فهي التفتيت او استخراج الحصىة بعد الشق الختلي
وهو اكثر استعمالاً . ومتى كان المريض مصاباً بحصىة الكلية وحصىة
المثانة في آن واحد تستخرج حصىة الكلية اولاً . ومتى كان المريض
طاعناً في السن وبوله متعفنًا ومدنفًا وجب الامتناع عن اجراء اي عملية
جراحية كانت .

امراض الكلى

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يجب على الطبيب الممارس ان يقف على ما في حوزة الاختصاصي من
الوسائل في تشخيص امراض الكلى ومعالجتها . وسأبتدىء بايراد هذه الوسائل
ماراً مرأ سريعاً بأفات الكلى الاكثر حدوثاً .

يدعى الطبيب لمعاينة مريض مصاب بأفة كلوية لأنه يتألم اولانه يبول
دماً او قيحاً اولان كليلته كبيرة وكثيراً ما تشترك هذه الآفات بعضها مع
بعض اولان المريض مصاب بالابالة (anurie)

فاللم الكلوي او القولنج الكلوي يستدعي معالجة مقصودة متى كان شديداً او
متى استمر على الرغم من المعالجة المألوفة . وهو يصادف ١ - متى انحبس البول
انحباساً حاداً في سياق استسقاءات الكلى المائية (hydronéphrose) والكلية
الهجرة ٢٠ - في رمال الكلى والالم في هذه الحالة الم انحباس وتوسع
خلف العائق .

وحقن المورفين ليس تكرارها خالياً من الخطر في هؤلاء المرضى الذين قل
بولهم وضعفت كليهم . فهو لا يساعد الحصاة على الدخول في الحالب ولا يسرع
نزلق حصاة قد دخلته .

فترة الحالب : نزبل الالم لانها تفرغ البول المنحبس وتساعد الحصاة على

الخروج من المسالك الطبيعية . ويجوز اجراء هذه الفترة والمريض في بيته . ويستحسن ابقاء القاثاير في الحالب ٤٨ ساعة وهو يحرك الحصى ويزلقها بتوسيعه للحالب وبالزيت او الغلسرين الذي تحقن به هذه القناة .

وقثرة الحالب مفيدة ايضا في الكلية الهاجرة لانها تفرغ الحويضة المتوسعة الموءمة وكذلك القول في استسقاء الكلية المائية ولا خطر منها متى روعيت فيها قواعد الطهارة مراعاة دقيقة .

الالام والكلية الجسيمة : تصنف بها غالباً الاستسقاءات المائية وتارة يتغلب الالم في هذه الافقو طوراً الورم . فمتى كان الورم متغلباً يجب اولاً ان تشخص الكلية الجسيمة . فهي ورم املس متحرك حدوده منتظمة ملامس للقطن واضح متى قرع في الامام وفيه نقاط موءمة ثم يشخص استسقاء الكلية فيكبر الورم فجأة او يبسط ثم ينقص وتزداد كمية البول المفرز في اليوم الذي يلي النقص زيادة كبيرة .

وهذا هو مشهد استسقاء الكلية المائي المتقطع . ومتى تغلب الالم وتشجع الى المعدة او الامعاء كانت الخطأ ممكناً وكان لا بد من التروي في التفيتش عن الاستسقاء . لان الكلية لا يكبر حجمها الا قليلاً . فقثرة الحالبين تبين ان هناك انجاساً في الحويضة . ومعاينة الحويضة بالاشعة وتصويرها يحققان ما اذا كان الاستسقاء جزئياً او تاماً ويظهران تزويات الحالب وارتكازه في العالي او الاسفل .

معالجة الاستسقاء : متى كان جسيماً كان استئصال الكلية مفضلاً على العمليات الجراحية الاخرى هذا اذا كان الاستسقاء في جانب واحد وكانت

الكلية الثانية كافية للقيام بالوظيفة ومتى كان الاستسقاء صغيراً : اجريت المعالجة الدوائية التي قد تفيد بالادوية المضادة للتشنج والأتروبين وسوى ذلك .
واذا خابت جرب تحرير الحويضة والحالب وقطع ذنب غير طبيعي والنخ .

معالجة الكلية الهاجرة : التوسط الجراحي ممنوع متى رافق هبوط الكلية هبوط عام في الاحشاء (المعدة والامعاء والكبد) لان لبس الزنار كافٍ لتخفيف الاعراض . ومتى كانت الكلية وحدها هابطة وظهر رسم الحويضة بالأشعة انها متوسعة وان في الحالب تزويلاً يسهل اصلاحه جرب تثبيت الكلية العلوية بالمحفظة (nephropexie haute) ومتى كانت الحويضة مفرغ محتوياتها فوراً في الاوقات المعينة غير ان نوب استسقاء متقطعة نظراً عليها كان تثبيت الكلية بلا جدوى .

ومتى كانت نوب القولنج شديدة للغاية مع بيلة قيح ودم فكر الطبيب في الرمل . فرسم جهاز البول جميعه بالأشعة يثبت التشخيص حينئذ ويبين مقر الحصاة في الكلية ام في الحالب . هذا ما يقال في الكليتين الموءلتين فلتر الان الكليتين النازفتين .

ان الاسباب الثلاثة الاساسية في نزف الكلية هي : الرمل والسل والسرطان .

الرمل : يشخص باستقراء سوابق المريض والالام المستمرة (احتقان) او نوب الالام (انحباس البول في الحويضة وتحرك الحصاة) المرافقة لبيلة الدم والمحدثه بالاسباب نفسها ، وبالتقاط الموءلة المألوفة والرسم الشعاعي ويكون البول في فترات اليالات الدموية صافياً او عكراً او قيحياً . فكل حصاة في الكلية يجب

ان تستخرج الا في بعض الحالات التي تستدعي الامتناع عن التوسط الجراحي :
كالحصى الكبيرة المرجانية الشكل الواقعة في الجانبين وكارمل في كليتين متعفتين
وفي السامين والطاعنين في السن .

خزع الحويضة : (pyélotomie) هو العملية المنتخبة .

خزع الكلية : حسن في الحصى الجسيمة الثابتة في الكؤوس او متى لم يكن
استخراج الكلية ممكناً لالتصاقها بسبب التهاب محيطها .

استئصال الكلية : قلما يلجأ اليه الا متى كانت الكلية مخربة تخريباً تاماً او متى
كانت ملحمتهما (بارنشيمها) مرصعة بتقيحات دخنية .

السرطان : كل مريض تجاوز الخمسين وتعتريه بيلات دموية متقطعة عفواً
وبدون ألم ولم تبدِ معاناة مثاته بالمرأة ان فيها ما يعلل هذا النزف ولم يسدِ الرسم
بالاشعة ان في كليته حصاة يشك في اصابته بالسرطان .

ويتضح التشخيص متى كانت الكلية كبيرة صلبة غير منتظمة وكان في
الصفن ولا سيما في جهته اليمنى دوالٍ سريعة النمو .

غير ان السرطان متى بلغ هذا الحد عجزت الجراحة عنه فيجب ان يشخص
بأكراً بمعاينة الحويضة وتصويرها بالاشعة . لان هاتين الطريقتين تبسديان قبل
ان يظهر الورم والدوالي تبدلات مهمة في الحويضة متى قوبلت صورتها بصورة
الحويضات السائلة . واذا بقي الشك يخزع القطن للاستقصاء .

السل : يتبدى أحياناً بالتهاب مثاني عفوي ثابت لا تؤثر فيه المعالجة وهذا
ما يدعو الى بقاء الافة الكلوية مستترة في كثير من الاوقات حتى ان بعض
المرضى يتألمون ويموتون وتشخيصهم التهاب المثانة . والام القطن الشديدة نادرة

في سل الكلية لان الافقة الكلوية تستتر وراء الاعراض المثانية .

وجسامة الكلية نادرة ايضاً . غير ان بعض انواع سل الكلية تبدأ ببيلات دموية تتقدم الاعراض الاخرى وما هي الانفث دم كلوي وربما كانت هذه البيلات الدموية غزيرة جداً وهي تأتي عفواً وتستعصي وقد تكون مؤلمة متى مرت الحثر الدموية الطويلة في الحالب وقلماً يصفو البول صفاء تاماً في فترات النزف . يشخص المرض بالمعانة الجرثومية والتلقيح ومراة المثانة وفنترة الحالب ونقص تكشف البول في الجهة المريضة .

واذا ترك سل الكلية وشأنه ساق صاحبه في الغالب الى الموت بانتشاره الى الكلية الثانية و باحداثه الالبالة او تسمم الدم بالبولة او بانتشاره الى الاعضاء الاخرى .

استئصال الكلية : هو العملية المختارة متى ثبت بالاختبارات المتنوعة ان الكلية الاخرى قادرة على القيام بوظيفتها . ومتى لم يكن السل قد انتشر الى نقطة ثانية من البنية وكان لا سبيل الى قلعه منها . وتحسن غالباً بعد استئصال الكلية حالة المثانة والكلية الثانية والصحة العامة .

نوسرة الكلية : (nephrostomie) هي عملية اضطرارية متى كان استسقاء كلوي قيحي سلي ترافقه حمى . ومتى شك في حالة الكلية الثانية وقدرتها على القيام جيداً بوظيفتها . غير ان الحزح ربما يؤدى الى تحسين حالة الكلية الثانية فيغتنم الجراح الفرصة لاستئصال الكلية المريضة التي خزعها اولاً .

ومتى كان سل الكلية في الجانبين جاز استئصال الكلية المصابة اصابة شديدة متى كانت الكلية الثانية لم تصب الا اصابة خفيفة .

ومتى كان استئصال الكلية مستحيلا يكتفى بالمعالجة الدوائية : المعيشة في الهواء الطلق ، الراحة ، الحقن بالانتجن (antigène) وسوى ذلك .
وباعطاء حبتين من زرقة المتيان في كل منها خمسة ستغرامات مدة عشرة ايام متوالية ثم باعطاء ملعقتين قهوة اوريانين (urisanine) في اليوم عشرة ايام اخرى . وتقوى الحالة العامة بالاشعة فوق البنفسجي الموجهة الى ناحية القطن واذا كانت آلام المثانة شديدة لا تطاق حول مجرى البول عنها بوصل الحالبين بالجلد او بمفاغرتها بالامعاء .

وربما حدثت ييلات الدم ايضا في ما عدا الاسباب الثلاثة التي ذكرناها في سياق التهابات الحويضة والكلى (pyélonéphrites) الناجمة من عصيات الكولون او المكورات العقدية (ستربتوكوك) او المكورات العنقودية (ستافيلوكوك) فتسهل حينئذ نسبتها الى المرض المسبب ولا تختلف معالجتها عن معالجة التهاب الحويضة والكلى التي يزداد عليها اذا مست الحاجة بعض الادوية القاطعة للنزف .

التهاب الكلية النزفي : تتصف هذه الافة التي لا يعرف سببها بعرض وحيد وهو ييلات دم كلوية عفوية غير مؤلمة وبدون خثر مستعصية لا تتجع فيها الراحة وقد تهدد بغزارتها حياة المريض واذا اجريت جميع التحريات الممكنة لكشف السبب كانت سلبية غير ان تخثر الدم وحده يكون متأخراً .

معالجتها في البدء دوائية بالادوية القاطعة للنزف الشديدة الفعل : كلورور الكلسيوم ، اموستيل ، مصل هلامي والخب . واذا لم ينقطع النزف كان لا مندوحة عن التوسط الجراحي . وخير ما يصنع اليوم هو استخراج الكلية من

محفظتها (décapsulation)

رضوض الكلية وجروحها تنزف الكلية ايضاً متى رضت او جرحت فيستحسن في الساعات الاولى الانتظار واجراء المعالجة الدوائية : راحة مطلقة ، معالجة الصدمة البدئية مراقبة المريض كل ساعة مراقبة مبنية على هذه الاعراض الثلاثة : الورم الدموي ، ييلة الدم ، الاعراض العامة .

فاذا كان الرض خفيفاً نقصت ييلة الدم وزالت بعد بضعة ايام وبقي الورم الدموي ثابتاً دون زيادة ، وخفت الاعراض العامة خفة تدريجية واكفي بالمعالجة الدوائية الراحة والادوية القاطعة للنزف ومحفظه الثلج على الخاصرة ومضادات التعفن البولية . ومدة هذا الشكل اسبوعان الى ثلاثة اسابيع . واذا كان الرض شديداً زادت ييلة الدم وعادت الصدمة الى الظهور وصغر النبض وازداد الورم الدموي ، فكل هذا يعيد التوسط الجراحي لا مندوحة عنه ويكتفى حينئذ باصغر توسط ويصنع الجهد لابقاء الكلية المرضوسة غير انه متى كانت الكلية متفجرة ومنسحنة كان لا بد من استئصالها ويجوز ان يستأصل جزء من الكلية متى كان التمزق منحصراً في أحد قطبيها .

هذه هي القواعد التي يسترشد بها الطبيب في الكلى النازفة فلتتكلم الان عن الكلى المتعفنة .

التهابات الحويضة والكلية الخفيفة الحدة : هذه الالتهابات غير السلية التي تصيب الحويضة والكؤوس كثيرة الحدوث في الممارسة وهي اكثر في المرأة منها في الرجل وتشابه في كثير من اعراضها سل الكلية . وتتغلب فيها اعراض التهاب المثانة لان آفة الكلية تسير سيراً خفياً . وتضعف في الغالب معرفة بدنها وكثيراً

ما تكون ذات ارتباط بالحمل . والكليتان فيها ليستا جسيمتين والنقاط الموءمة الكلوية والحالبية واضحة وكثيراً ما ترافقها تشوشات معوية (عرض هاتز بويه المعوي الكلوي) . وربما ابدت المعاينة آثار افات قديمة او افات حديثة في الجلد (جمة حميدة ، دمل ، التهاب جلد متقيح) او تنخرأ في السن او التهاباً مزمنأ في اللوزتين او التهاباً خفيف الحدة في الملحقات يعلل ظهور هذه التشوشات المستترة .

ولا بد في التشخيص من اجتناب خطأين : ١ - تشخيص التهاب مثاني بسيط ٢ - اهمال سل او رمل كلوي متعفن فيجب في هذه الحالة معاينة المثانة بالمرآة والاستقصاء في وظيفة الكلية . وتحري تكثيف البولة مع مقايسة احد الجانبين بالآخر ينفي السل ويثبت التهاب الحويضة والكلية . لان قوة التكثيف في الكلية المتعفنة لا تنقص بل كثيراً ما تكون اشد مما هي عليه في الكلية السليمة . ومتى نفي السل بينت فترة الحالبين ان الآفة في كلية واحدة او في الكليتين معاً واطهر فحص البول الجرثومي :

العامل المرضي : عصيات الكولون او عصيات المعى او المكورات العقدية او العنقودية . وكثيراً ما تشترك عدة جراثيم معاً .

فاذا كان التهاب الكلية والحويضة مع توسع خفيف كان لغسول الحويضة بعض المنافع : غسل واحد كل ثمانية ايام . غير ان هذه الغسول لا تجدي نفعا . متى كان رمل وتعفن او استسقاء كلية قيحي . ويظهر ان للطرق الحيوية نغني بها الاستلقاء (vaccinothérapie) مستقبلاً باسمها .

يميل الجراحون الى التلقيح الموضعي حسب طريقة بسر دكا ولعلمهم يقطرون

اما حقن تحت الجلد باللقاحات الذاتية او المجهزة فلم تغد في الاشكال الطويلة السير الخفيفة الحدة الناجمة من عصية الكولون لان هذه العصية بعد ان تجتاز الحاجز الكلوي تعود في مأمن من الاضداد (anticorps) « فانسن Vincent »

[illegible]

- وتعطى ثلاث ملاعق صغيره اورازين او اوراسبتين في اليوم .
- ويحقن المريض بالزيت المكوفر والساكنين لقمى قلبه .

اما النظام الغذائي فيتألف من الشاي الخفيف والمناقيع الحارة ومرق الخضر ومعقدات الاثار .

معالجة البوارة المرضية : اذا كانت عضية الكولون السبب يجب افراغ الامعاء وتناول المرشح المضاد لعضية الكولون .

واذا كانت المكورات العنقودية السبب تعالج الافات الجلدية او كانت المكورات العقدية عولجت تُعفنت الحفرتين الانفيتين والفم واللوزتين والبلعوم .

واذا لم يسر المريض سيراً سريعاً وينتهي نهاية وخيمة وعادت الكلية اشد جسامه والماً وتقفعت العضلات ثقفاً متادياً وجبت قثرة الحالبين الاستقصائية في بيت المريض فاذا ما خرج صديد ترك القاثانير في الحالب ٤٨ ساعة وقطر في الحويضة ثلاث مرات في اليوم من محلول نتراة الفضة المئوي بعد غسلها بالمصل الاصطناعي الفاتر .

واذا لم يكن انحباس اتجهت الافكار الى حصة متعفنة فوجب الرسم الشعاعي او الى تقيع في الملحمة (برنشيم) يستدعي نوسرة الكلية (nephrostomie) او خزعها (nephrotomie) .

التهاب الكلية والحويضة في الحمل : يظهر في الشهر الرابع او الخامس وسببه عصابات الكولون ومعالجته العامة كمعالجة الانواع الاخرى وشفاءه يتم بعد قليل . ولكن اذا ازدادت الاعراض العامة وظهر تعجن عميق في الناحية القطنية كان لا بد من التوسط فاول الامور قثرة الحالب اذا كان انحباس على نسق ما رأينا في الالتهاب الحاد (تقطير اللقاح المرقى) واذا لم يكن انحباس يخشى من

تقيح الكلية او ما حولها فيشق القطن ويحفّض او تنوسر الكلية او تستأصل حسبها تكون الحالة .

واذا كانت الافة في الجانبين وجب اجراء التوسط التناسلي .
فمتى كانت الكلية كبيرة مع بيلة قيحية واعراض عامة كان من ذلك علامة استسقاء الكلية الصديدي . واذا سد هذا الامتسقاء علت الحرارة واشتدت الالام ورافقت الابوال ثم متى انفرغ بول غزير صديدي سقطت الحرارة وخف مضض الناحية .

ومتى لم نفد المعالجة الدوائية لا تجوز اضاعة الوقت بقترة الحالب بغية المعالجة لان المسبار الثابت وغسل الحويضة لا يفيدان والمعالجة المنتخبة هي نوسرة الكلية التي يعقبها في الغالب استئصال الكلية .

الفلمونيات حول الكلية : تصعب معرفتها في البدء (تعجن ثابث عميق سيفي الحفرة القطنية ، انعطاف الفخذ لتنبه ابي سواس ، ابوال صافية ، مثانة سليمة ، قثطرة الحالب تنفي تعفن الحويضة) وتعالج اولاً بالضادات الحارة المتكررة والاستلقاء (vaccinothérapie) (برويدون دالبه propidon de Delbet)
واذا لم تتحسن الحالة العامة ولا الموضعية لا يجوز الانتظار ريثما يعود التمزج واضحاً بل يجب خزع القطن وفتح المجمع وفك اللجم التي تفصل الفلمون عدة اقسام بالاصبع والتحفيف (drainage) بدون خياطة .

ويلتبس التشخيص باورام الكلية الصلبة والسائلة (السرطان السل استسقاء الكلية المائية او القيحية ، الكلية المتعددة الاكياس كيس الكلية المائي) والحذر من البزل الاستقصائي لان خزع القطن الاستقصائي خير منه متى

تعذرت قثطرة الحالب .

ففي السرطان (بيلة دموية ، ألم ، دوالي صفن ، ورم) ليست المعالجة سوى جراحية غير ان العملية التي تستدعي استئصال الكلية والكظر ومحفظة الكلية الشحمية والذنب والعقد البلغمية جميعها عملية خطيرة .

وفي الاستسقاء المائي ازالة السبب واجبة : شريان شاذ ، تحرك الكلية ومعالجة هذا الاستسقاء منلظفة او شافية تعني بها استئصال الكلية .

والكلية المتعددة آفة تقع في الجانبين دائماً منشأها ولادي ولا سبيل الى معالجتها الا بمعالجة التهاب الكلية المزمن المرافق لها .

واخيراً في بعض حالات الالبالة (anurie) متى لم تكن الالبالة موقته ، وفي حسياسق مرض لا يجوز ان نضيع الوقت بالمعالجة الدوائية : لان قثطرة الحالبين وغسل الحويضتين وتوسيعهما يجب ان تزداد على الوسائط الدوائية الاخرى .

ومتى كان الحالبان مضغوطين وجبت نوسرة الكلية . ومتى كان سبب الالبالة حصوياً وجبت قثطرة الحالب فاذا لم يتوصل المسبار الى تجاوز العائق تجب نوسرة الكلية .

فما بين المعالجة الدوائية القديمة والتوسط الجراحي قامت اذن واسطة في التشخيص والمداواة وهي قثطرة الحالب . فقد كشفها في فرنسا سنة ١٨٩٧ البرن اذ كان مرشحاً للاستاذية عند غيرون وطيبه الداخلي امبر وهو اليوم مسدير مدرسة الطب في مرسيلية فهذه القثطرة التي مكنت الاطباء من تحري وظائف كل كلية على حدة تنجي كل يوم من مخالب الموت عدداً عديداً من بني الانسان فيفضلها قد عرفنا ما اذا كنا نتمكن من استئصال كلية مسرطنة او متعيحة او

محصة دون خوف من وقوف الكلية الثانية عن وظيفتها . فهي تمكن الجراحين اليوم من درء الموت عن كثير من المصابين بسل الكلية باستئصال هذا العضو المريض الذي لم يكن استئصاله ممكناً قبلاً لجهالهم حالة الكلية الثانية وهي التي تمكنهم من شفاء الكلى المتعفنة بحقن الحويضة نفسها باللقاحات او بالادوية المبدلة الاخرى . وهي التي تضع للقولنجات الكلوية الشديدة حداً بتحريكها للحصاة التي تسد الحالب فتتنقذ الحصاة متى لم تكن كبيرة بعد الحقن بالزيت او الغليسرين المعقم . وهي التي تنهي بعض نوب الالبالة التي تهدد حياة المريض بالموت وهي التي تشفي نواسير الكلية التي كانت تستدعي قبلاً استئصال الكلية وهي التي تمكننا بعد حقن الحويضة بمادة ظليلة ان نقرأ في الكلية بالاشعة المجهولة كما في كلية مفتوحة . وكل هذا دون ان نعرض المريض لاقل خطر .



(Les impuissants) العنّينون

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية
ترجمها الحكيم مرشد خاطر

يقف الطبيب الممارس كما يقف الاختصاصي مكتوفي الايدي غالباً تجاه
اشخاص مصابين بالعنّانة دون ان يتمكنوا من ان يمد اليهم يد المساعدة
واسباب العنّانة كثيرة غير انني اورد منها :

أ - العنّانة الناجمة من امراض الجهاز العصبي العضوية (كالسهايم « tabès »
والفالج العام) وهي تكاد تستدعي دائماً معالجة شديدة مضادة للزهري .

ب - العنّانة الناجمة من التواجن العصبية (nevroses) كالهرع « hystérie »
والخور « neurasthénie » والخور النفسي « psychasténie » وهي تستدعي
معالجة عصبية ويعود امرها الى الاختصاصي بالامراض العصبية والنفسية .

ج - العنّانة الناجمة من الاغراق في العمل العقلي في اشخاص يتفرغون
تفرغاً تاماً الى اعمالهم فتخمد فيهم القوى الاخرى .

د - العنّانة المتعلقة بامراض التغذية (كالحرص « arthritisme » والداء
السكري والبييلة الآحينية) وتعود معالجتها الى معالجة المرض المسبب

هـ - واذا مررنا بالافات السابقة بقيت امامنا فئة من العنّانات متعلقة
بالافات التناسلية البولية . نغني بها الفئة الناجمة من اسباب موضعية وهي تشفى
متى وجهت اليها معالجة موضعية حسنة ملائمة . كالعنّانة الناجمة من التهابات
الاحليل المزمنة وتضيقاته ولا سيما آفات الاحليل الخلفي والارتفاع الجبلي

والموثة (بروستة) والجهاز المنوي (الحويصاين المنويين والبرنجين) فيترتب اذن على الطبيب متى اتاه عنين مستشفياً ان يعاين جهازي البول والتناسل معاينة تامة وان يدقق تدقيقاً بالغاً اقصى حده في تحري الاسباب . فيفتش عما اذا كان في سوابق المريض سيلان ام لا .

أ - فإذا كانت سوابق سيلانية : ترتب عليه قبل كل شيء ان يعالج التهاب الاحليل وبوسع التضيقات ويفسل الاحليل ويجري الاستلقاء الناقى التدريجي اذا رأى ذلك ضرورياً

ومتى زال التعفن يعاين الاحليل الخلفي بالمرآة بقصد الاستقصاء . وكثيراً ما ترى افات في الاحليل الخلفي والمثانة غير انها قلما تكون السبب في العانة. واما آفات الارتفاع الجبلي فلها شأن كبير في التشوشات التناسلية .

فتكافح آفات الاحليل الخلفي والمثانة بالمجارى السريعة التواتر (haute fréquence) التي تاتي بفوائد جلية وقد جئنا على ذكرها حين الكلام عن امراض المثانة (الورم الحليمي ، السل ، السرطان) وهي تستعمل ايضاً في بعض افات الاعضاء التناسلية الخارجية فان الناميات (végétations) والاورام الحليمية تزول بها زوالاً أكيداً وهي تفوق الوسائط الاخرى كافة المستعملة في معالجتها . فان لويس يعالج اورام الموثة الغدية بهذه الطريقة ويصنع بها ثقب (forage) الموثة متى لم تكن هذه الاورام جسيمة .

واما التهاب الارتفاع الجبلي الخفيف السطحي فيناسبه توجيه الشرر (étincelage) بروية الى سطحه وجلسة واحدة تكفي في الغالب .

اما المرحلات (بوليب) والافات المتشعبة تشعباً شديداً فتعالج بالتخثير

الكهربي (electrocoagulation) وليس التخدير ضرورياً .
 ومتى شفيت هذه الافات زالت العناية معها في الغالب . على ان تعالج في الوقت
 نفسه افات الموثة الكثيرة الحدوث بالتمسيد والحمامات الحارة وسوى ذلك .
 ٢ - واذا لم تكن سوابق سيلانية : فقد تكون التهابات احليل ناجمة من البيئة
 الفوسفاتية او الحمضية او من المرحلات التي تزول متي وجهت اليها اشهرات
 الجريان السريع التواتر .

و -- ومن العنانات ما ينشأ من فقدان الخصية الولادي او المكتسب او من
 اختفاء الخصية (cryptorchidie) في الجانب الواحد او الجانبين معاً او من الخور التناسلي
 الباكر الناجم ايضاً من قصور الغدد ذات الافراغ الداخلي . فجميع هذه الاختلالات
 تعالج وتحسن بخلصات الغدد المفرغة افراغاً داخلياً ولا سيما بالتطعيم
 الخصوي حسب طريقة فورونوف لانه افضل طريقة في تطبيق هذه المعالجة
 وصفوة القول ان الواسطتين السابقتين اللتين ذكرناهما نعني بهما الجريانات
 السريع التواتر (توجيه الشرر والتخثير الكهربي) والتطعيم الخصوي كافيان
 لشفاء اكثر من نصف حوادث العناية التناسلية .

اما الان وقد انهينا الابحاث التي يجب على الطبيب الممارس ان يعرفها
 فلا بد لنا قبل انهاء الكلام من ذكر بعض القواعد الاساسية المرشدة الى التشخيص
 وحسن المعالجة التي سنها مريون لانها تتضمن خلاصة ما قيل حتى الان
 ا - توصلنا الى تشخيص احدى الافات يعتمد على عرض طبيعى
 (physique) متى كان ذلك العرض (كبيلة القيح او بيلة الدم او سوى ذلك)
 اكثر من الاعتماد على تشوش وظيفي (كالالم والبوال «pollakiurie») والنخ .

٢ - وقوف الآلة المستقصية في ناحية الاحليل البصلية (اي متى شعر بطرف المستقصية الواقعة في العجان) يستدعي الاختبار بالبائيكية وليس استعمال مسبار او شمعة ادق من المسبار المستقصي به .

٣ - متى اعترت مريضاً مصاباً بضخامة المoothة ليلة دموية لا تجوز نسبتها الى هذه العلة ما لم يستقص في سائر الجهاز وتنف الاسباب الاخرى المحدثه ليلية الدم .

٤ - كل مصاب بتوسع المثانة المزمن الناجم من ضخامة المoothة لا تجوز قنثرته في الغالب بل يجب خزع مثاته وذلك بعد ان يثبت ان اسره لا ينجم من سبب آخر كتنضيق الاحليل الذي يستدعي خزع هذه القناة .

٥ - كل التهاب مثانة عفوي او التهاب مثانة يعصي المعالجات العادية او التهاب مثانة ناكس هو في الغالب سلي الطبيعة .

٦ - كل التهاب مثانة متى استثنينا الالتهاب السيلاني يستدعي معاينة المثانة بالمرآة ولا سيما متى عصي المعالجة .

٧ - يجب ان يستقصى في المثانة استقصاء تاما قبل قنطرة الحالبين .

٨ - كل ليلة دموية تستدعي الاستقصاء السريع في جهاز البول .

٩ - كل ليلة قيحية لم تثبت طبيعتها السلية تستدعي رسم الكلية الشعاعي .

١٠ - متى ثبتت حصى الكلية او شك فيها يجب ان يرسم جهاز البول جميعه .

١١ - استعمال اللقاحات ستار يستر به الطبيب جهله متى لم يتوصل الى

تشخيص الافة .

فيجب اولاً تعيين التشخيص ومتى لم تكن طريقة النجم من اللقاحات او متى كان استعمالها مشاراً به حقيقة يلجأ حينئذ الى استعمالها .

(١)

تصنيف قنوات الجذور

مترجمة بقلم الحكيم

نجمه ابراهيم الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحها - دمشق

لا نشكر ما لدرس تشرح قنوات الجذور من الاهمية في فن المداواة كيف
لا وقد ثبت انه الاس الذي يبني عليه طبيب الاسنان مستقبل نجاحه . ولما
كانت القنوات يختلف شكلها باختلاف شكل جذورها من حيث السعة والحجم
والتكون وتعدد الاشكال والانواع البسيط منها والمتشعب والمتصق منها
والشبيكي وجدت من المناسب ذكر تصنيف قنوات الجذور ملفتاً لها نظر طبيب
الاسنان للاستقصاء في ما خفي منها عليه واظهار نوعها من التصنيف كي يكون
حشوه لها حشواً كيداً يأمن به شر العاقبة .

التصنيف: (Classification)

تصنيف قنوات الجذور بحسب علاقتها الكونية بالجذور كما يلي :

١ - القناة البسيطة: (simple canal) : هي التي تمر منفردة في جذر
بسيط متوافقة السير مع اتجاهه وتصادف هذه في الاسنان ذات الجذر الواحد
كالقواطع العليا مثلاً ، على انه قد يصادف بينها من ذوات الانفصال الذري
والفروع الخارجية للقناة .

ب — القناة المتشعبة (furcate canal) : هي التي تتشعب شعبتين او اكثر في الجذر كما في جذر الضاحكة العلوية عند ما يتشعب وتتبعه قناته بالتشعب . وهذا التشعب إما ان يحدث في نقطة اعلى من منتصف طول الجذر فيسمى (بالتشعب العلوي) او يحدث في نقطة اخفض من منتصف طول الجذر فيسمى (بالتشعب السفلي) . واذا تشعبت القناة على طول الجذر بكامله من الداخل وفتحت ثقباً او منفذاً لها منفصلاً عن الثقب القمي للقناة الاصلية يدعى (التشعب التام) . واذا تشعبت القناة مرة في الجذر واختلطت اخرى وتكرر ذلك وفتحت اثقاباً لها يدعى (بالتشعب الناقص او غير التام)

ج — القناة المختلطة (fused canal) : ويقال لها ايضاً (القناة الملتصقة) وهي التي تلتصق بقناة اخرى بحسب التصاق الجذور بعضها ببعض وتدعى بحسب درجة التصاقها (بالقنوات الملتصقة كلياً او جزئياً او ذرياً) .

د — القناة الشبكية (reticular canal) : هي التي تتوازي مع اكثر من ثلاث قنوات في جذر وتحدد بفروع القناة الداخلية (Intercanal branches) . وقد تظهر اما في جذور بسيطة او جذور متشعبة جزئياً او جذور ملتصقة . ولدى متابعة كل شكل او نوع من القنوات تظهر الاشكال الآتية :

أ — الانفصال الذري (apical separation) : تحدث من تشعب القناة الاصلية قبل الوصول الى ثقبها القمي شعبتان او اكثر بالقطر عينه او بما يقاربه .

ب — الفرع الخارجي للقناة : ينشأ هذا الفرع من القناة الاصلية بزواية ثابتة يخترق طبقات العاج والملاط ويظهر على سطح الجذر الخارجي .

ج — الفرع الداخلي للقناة : يعترض العاج هذا الفرع الداخلي للقناة ويثبت

بالقنوات المتشعبة او القنوات البسيطة في جذر ملتصق .

د - الفرع الراجع (recurent branch) : ينشأ هذا الفرع من القناة الأصلية وبعد اختراقه للعاج يعود الى القناة ثانية وهو اقل وقوعاً من فرعي (ت.وج) .

هـ - الطية الملتصقة (spot reeuf) : هي عبارة عن قطعة من السن توجد في حجرة اللب وتظهر كبقعة بيضاء في المثال الواضح . وتوسيعها تشعب القناة تشعباً غير تام .

احصاء تقريبي لقنوات الأسنان.

درس الدكتور (او. كومبورا) عدداً من الاسنان في امثلة عديدة وبيّن نسبة نوع قنواتها . باحصاء تقريبي . مبتدئاً باسنان الفك العلوي فالفك السفلي . كما يلي :
قنوات القواطع العليا : ان قنوات القواطع العليا تكون دائماً مفردة بسيطة ، فلدى فحص ٣٧٢ سناً وجدت منها ١٧٠٧ في المائة قنوات ذات انفصال ذري و ٢٨٤١ في المائة قنوات ذات فروع خارجية .

قنوات الضواحك الاولى العليا : تشبه هيئة جذرها ولها قنوات مفردة بسيطة وقنوات متشعبة . فلدى فحص ٣١٢ ضاحكة علوية كانت منها حادثة واحدة مفردة ذات قناة شبكية و ٢٤٦٣ في المائة قنوات ذات انفصال ذري و ٢٦١١ في المائة ذات فروع خارجية . ففي الضواحك الأولى العليا وُجد ٧٢ جذراً بسيطاً من ٨٥ ذات قنوات متشعبة والقسم الاعظم تشعب علوي غير تام . وعقبه تشعب علوي تام . ووجد في جميع الجذور التي لها قنوات متشعبة تشعباً علوياً تاماً بقنواتها ما عدا حادثة مفردة كانت القناة بها بسيطة .

قنوات الضواحك الثانية العليا : قد تكون واحدة يسهل الوصول اليها في المعالجة وقد تكون متشعبة . فلدى فحص ٤٨ ضاحكة ثانية علوية من ذوات الجذور البسيطة وجد منها ٣٠ ذات قنوات متشعبة ومعظمها بتشعب علوي غير تام . واما الجذور المتشعبة فكانت القنوات في جميعها ذات تشعب علوي تام . فتشعبات القنوات في الضواحك العليا ذات الجذور البسيطة يُعزى سببها الى الانبساط والالتام المتوسطة للجذور .

قنوات الارحاء العليا : لدى فحصه ٢٩٩ رضى علوية جذورها من نوع (اوج) وغير ملتصقة كان فيها كما يلي :

في الجذور الخدية الامامية : ٢٧١ في المائة قنوات بسيطة و ٢٧ في المائة تشعب علوي تام و ٨ في المائة تشعب سفلي تام ١٣٤٣ في المائة تشعب علوي غير تام و ١ في المائة تشعب سفلي غير تام و ٢١٦ في المائة قنوات شبكية .
وفي الجذور الخدية الخلفية : ٨٨٤٨ في المائة قنوات بسيطة و ٦٤ في المائة تشعب علوي تام و ٢٤ في المائة تشعب سفلي تام و ٣ في المائة تشعب علوي غير تام وفي الجذور اللسانية : ٩٩٦٧ في المائة قنوات بسيطة و ٣ في المائة تشعب علوي غير تام .

فيستتج ان القنوات الامامية يرافقها انفصال ذري في ٢٩ في المائة وقناة خارجية في ٢٩ في المائة ايضاً . وللقنوات الخلفية انفصال ذري في ١٤٦٢ في المائة وفروع خارجية ٢١٦٢ في المائة . وللقناة اللسانية انفصال ذري في ٧٦٧ في المائة وفروع خارجية ١١٦٧ في المائة .

ان جذراً واحداً من جذور الارحاء العليا او جذورها الثلاثة قد يلتصق

بعضها ببعض في الطرق المختلفة الممكنة .

ومتى حدث التصاق عام قد تتصل القنوات بفروع داخلية وتشكل أخيراً قنوات شبكية .

ومتى التصقت الجذور التصاقاً شديداً اختلطت القنوات أيضاً بالأشكال المختلفة وأصبحت الأرحاء قناة أو قنوات .

قنوات القواطع السفلى : تنشعب القنوات أحياناً في القواطع السفلى وتشعبها عادة غير تام وفي القسم الأعلى من الجذر . فلدى فحص ١٣٤ سناً وجد منها ١١٦١ في المائة ذات قنوات متشعبة و ١٠٦٤ في المائة ذات انفصال ذري و ٥٦٢ في المائة ذات فروع خارجية .

قنوات الانياب السفلى : قد تكون هذه القنوات أحياناً ذات شعب ، فلدى فحص ٩٥ ناباً سفلية وجد منها ٢٦١ في المائة ذات شعب علوي غير تام . فهذه القنوات المتشعبة تظهر في الانياب السفلى فقط كما في حالة القواطع . وهذا النوع من الشعب مسبب من انبساط الجذر واتلامه وأحياناً يعود سببه الى شعب الجذر نفسه الذي يقع أحياناً في الانياب السفلى .

قنوات الضواحك الأولى السفلى : لدى فحص ٨٥ ضاحكة سفلية اولى وجد منها ١٨ في المائة او ٢٤ في المائة ذات قنوات متشعبة من النوع العلوي او السفلي التامين .

قنوات الضواحك الثانية السفلى : لدى فحص ٥٥ ضاحكة ثانية سفلى وجد منها حادثة واحدة فقط ذات شعب علوي تام .

فالشعب القنوي في الضواحك السفلى ينجم من الاتلام المتوسطة المخططة

او الشقوق او الاخايد الجذرية . و احيانا تنشعب الجذور نفسها ففي الضواحك الثانية تكون هذه الشقوق والاتلام اقل وقوعا منها في الضواحك الاولى ولذلك يكون الشعب القنوي نادراً .

ولدى فحص ٢٧٩ سنا وجد ان ٤٦٦ في المائة من القنوات ذات انفصال ذري و ٢٥ في المائة ذات فروع خارجية .

قنوات الارحاء السفلى : لدى فحص ٤٥٨ جذراً من نوع (ا و ب) جذورها غير ملتصقة كان تصنيف قنواتها كما يلي :

في الجذور الامامية : ٢٩٦٢ في المائة ذات قنوات بسيطة ، و ٣٩٠ في المائة ذات شعب علوي تام ، و ٣٦٢ في المائة ذات شعب سفلي تام ، و ٢٦٧ في المائة ذات شعب علوي غير تام ، و ٦٠ في المائة شعب سفلي غير تام ، و ٦٥ في المائة ذات قنوات شبكية .

واما في الجذور الخلفية : ٨٠٦١ في المائة قنوات بسيطة ، و ٧٦٤ في المائة شعب علوي تام ، و ٢٦٦ في المائة شعب سفلي تام ، و ٦٦٨ في المائة شعب علوي غير تام ، و ١٦١ في المائة شعب سفلي غير تام ، و ١٦٧ في المائة قنوات شبكية . ومن حيث المجموع فالقنوات الامامية يكون فيها ٢٧٦٦ في المائة ذات انفصال ذري و ٢٥٥ في المائة ذات فروع خارجية . والقنوات الخلفية يكون فيها ٢١٦٣ في المائة ذات انفصال ذري و ١٦٦٧ في المائة ذات فروع خارجية . ففي الارحاء السفلى يكون الالتصاق الخدي للجذور اكثر وقوعا وهنا تختلط القنوات في طرق مختلفة . ولا يندر ان تكون قناة بسيطة مفردة ذات انفصالات ذرية عديدة .

العادة الخفية في الفتية والشبان

للدكتور كامل سليمان الطوري (محضر)

قد جرت العادة عندنا نحن الشرقيين على حب التكتّم وعدم المصارحة في كل شؤننا ، فترى الواحد منا يسأل صاحبه مشاركته في طعام العشاء فوراً ولا شيء عنده من الاستعداد ولا علم لامرأته بذلك . وترى الآخر وقد يزوره صديق وهو على اهبة الذهاب الى المحكمة فيلج عليه بالكث كَأَن لا شاغل يشغله او كان له متسعاً من الوقت لمحدثته ، ومثل هذه الامور اكثر من ان تحصى وكل منا يعلم مقدار وقوعها في حوادثنا اليومية وشؤننا البيتية . ومن هذا القبيل نرى الرأي العام في الشرق يحظر على الطبيب او الوالد ان ينهها افكار ابنها الحدث لاجتناب بعض امور يهتم اجتنابها فيها يخفيان عليه ذلك بحجة انها لا يرغبان في تبنيه افكاره لمعرفة امور وقضايا ربما كان يحفلها فاذا ما ذكرها امامه ربما تعلمها واعتادها . ولا ينحصر هذا النقص بالتربية في الاميين والعامة بل تراه سائداً بين الخاصة ومن قد أوتوا حظاً من العلم .

اذكر مرة حينما كنت اتولى رئاسة انشاء مجلة الصحبة في نيويورك ان استشهدت بشيء من اقوال بعض اساطين الفلاسفة بشأن بعض المناهي الصحبة فانكر عليّ بعضهم انه لا يسوغ لي الجهر بمثل ذلك القول في تلك الصحبة التي تطالعها السيدات والاوانس ، مما الجأني الى الرد عليهم بان لا شيء يحظر التعليم

اجمالاً وتعليم الامور الصحية بالاختصاص ، ودعمت قولي باقتباس شواهد من الكتب المنزلة حيثما نرى الفيلسوف موسى الكليم يوجب على الطامث والماخض والمعتري بالسيلان والبرص الخ اتباع طرق النظافة وعدم مساكنة الغير حذراً من سرية الادواء والعلل ، ثم حججهم وفدت مزاعمهم بمقال كانت نشرته احدى شهيرات الكتابات في اميركا قد نعت فيه على الامهات تقصيرهن بالمشاركة على تربية اولادهن ، وعدم تنبيههم لامور مهمة توجب عليهم الحذر منها حتى لا يقعوا في حباله العادات المضرة المؤدية الى العلل الويلة والجنون ، وقد شددت النكير في مقالها هذا الى درجة تهز اوتار القلب ، هذا في الولايات المتحدة من اميركا ، فكيف بها لوسوءلت تدوين ما تراه من القصور في بلادنا ، ونحن على ما هو معروف عنا من التأخر المعيب والتقصير المشين ؟ .

وبناءً على ما تقدم عقدت النية الآن على كسر بعض قيود العادات التي قدستها التقاليد من الاب الى الابن ، ومن السلف الى الخلف ، وابطال المبدأ الضعيف الامر بابقاء القديم على قدمه ، مما لا يدع مجالاً للتجدد والتقدم الى الامام ، وبديهي ان كل ما لا يتجدد مصيره الى الموت والاضمحلال .

بعد هذه المقدمة الوجيزة ارغب الآن في محادثة طلبة العلم النشاط عن عادة سيئة قد يعتادها بعض الفتية والشبان الاغرار الذين قد يجهلون اضرارها الويلة ، لانه لم يتسن من اُبان لهم ذلك جلياً . حتى اذا ما ابنت لهم هاتيك الاضرار تجنبوها ونبذوها بنذ الافعى السامة .

وتلك العادة الذميمة هي المساء بالعادة الخفية ، والاعتار ، وجلد عميرة ، واللعب باليد ، والاستمنااء الخ .

ولقد كانت مستعملة منذ القدم ، وقد ذكرت في العهد القديم في الاصحاح الثامن والثلاثين من سفر التكوين في حادثة عمان ولذا سميت بكلمة :

Onanisme, masturbation , vice manuel , habitude solitaire, etc.

فالاغترار رذيلة تقوم بتنبية الهيجان الجنسي الباهي اصطناعياً وبدون فعل الجماع ، ويكثر حصوله في المسجونين والبحرية والجنود في ساحة القتال ، والمعتهوين ، اي في الاشخاص الذين يتعذر عليهم اتمام الوظائف التناسلية المشروعة ، ويشاهد لنكد الطالع كاختلاط او زيفان ذهني وعقلي في الاحداث او الشبان او الكحول من الجنسين .

نعم لا ينكر ان هذه العادة الخفية قد تزول بتقدم السن وبلوغ الكهولة في الاشخاص الذين اعتادوها في الفتوة والحداثة ، ولكنها كثيراً ما تستمر في بعض الاشخاص الذين يعدون اذ ذاك مرضى للعنة والجنون على انواعها . حتى ان الفالج العمومي يغلب ان يسبقه عادة الاغترار والشبق . اذ انه يسبب عوارض خطيرة وعديدة بداعي الارتجاج والاهتزاز العنيف في المجموع العصبي . ولذا فعادة الاغترار هذه شديدة الخطر على الاطفال والنسوة . يروى عن مرضعائها كانت تدغدغ رضيعها في اعضائه التناسلية لتنومه ، ففدا خيراً عرضة لحصول هزة ورعشة من حين الى آخر ، وكان اذا بكى ، لا يسكت الا بعد دغدغته ثانية .

معلوم ان الحصىين اذا بلغتا كمال النمو تأخذان بافراز المادة المنوية حتى زمن ضمورها . والعادة لها السلطة المطلقة على هذا العمل في البشر ، بعكس

الحيوانات التي لها غالباً زمن معلوم للنزول على ان اموراً عديدة تؤثر في الانسان وتجبره الى الافراط في هذه العادة القبيحة منذ صغره . بعضها مستقر فيه بالطبع وبعضها طارئ عليه كوجود الاعضاء التناسلية في الذكر والانثى في مركز تصل اليه اليد بسهولة ، والتصورات والافكار الشهوانية التي تهيج فيها بالنظر والملامسة والمعاشرة الرديئة الى ما هنالك من التعرضات والعوارض التي لا تأثير لها في الحيوانات . ولكنها شديدة التأثير في الانسان وفي صغاره ، اذ تجعل فيهم ميلاً شديداً الى الاستمنا حتى قبل زمن البلوغ ، وتثير في مجموعهم العصبي تهيجاً شديداً وحساً يرافقه تلذذ مهلك لا يقاوم منذ الصغر كما ذكرنا اعلاه .

ومما يثير هذا التهيج والشبق في الفتية وجود الوسخ الاصفر الشبيه بالجن تحت القلفة او الغرلة لأنه بحرافته يهيج الاعصاب . ولذلك فقد سنّ موسى الكليم قص الغلفة بالختان المعروف عند اخواننا المسلمين بالطهور او التطهير ، وكثيرون اليوم من الامم الغربية قد اتبعوا رأي الاطباء المحبذ للختان اي قص الغرلة الخيطة برأس الاحليل (اي القضيب) . كذلك من الاسباب المحركة تضيق القلفة أي صعوبة نزلقها على الحشفة ، وبعض امراض جلدية في اعضاء التناسل اذ يرافقها دغدغة وحرقان واكلان ، واحياناً وجود الديدان في المستقيم الى آخر ما هنالك .

اما الاضرار الشديدة التي تنشأ من هذا الاعتساف اي الاستمنا فكثيرة ، ولها كبير العلاقة بالسن والمزاج واعضاء الجسم المختلفة . فالفتيات الذين لا يكبحون جماح شهواتهم بل يطلقون لها العنان على الغارب ويسترسلون بطاعتها تراهم صفراً الوجوه ، جعد الحدود ، غائري العيون ، هازيلي الجسم ، خائريه

القوى ،ضعفاء البنية ،مضطربي الافكار ،بوء ثرون العزلة ،ويميلون الى الانفراد ،
لا تفر عيونهم بالنوم لان الارق يستولي عليهم ، لا يستطيعون المكث في فراشهم
بل :ون دافعا شديدا لا يقاوم فيهم الى التقلب من جهة الى اخرى ، فيزداد
جسمهم ضنا ونحولا ، فيذبلون شيئا فشيئا بعد ان ينتهك جهازهم العصبي
وتأصل فيهم امراضه المضنية كالصرع اي داء النقطة والفالج وما اليه : وقد
يقصفون في ربيع حياتهم وعنفوان شبابهم . واذا لبثوا احياء ووصلوا
الى سن الرجولية ولم يكبحوا عنان شهواتهم ، ولم تردعهم قوة ارادتهم
وقواهم العقلية عن الاعتساف المشين يقرعون سن الندامة . الا انهم وان
اقتصروا بعد مدة طويلة عن عاداتهم المعيبة ، تراهم يفقدون الشهامة
والرجولية ويصبحون عرضة للعنة والعقم ، يتصفون بقلة النخوة ودناءة
النفس ، تراهم مترددين في حرركاتهم لا يستطيعون الاقدام على عمل ما
يستدعي اقل روية او اجهاد فكري .

ورحم الله ابا العلاء المعري اذ قال بهذا المعنى :

اشدد يدك بما اقو ل فقول بعض الناس در
لا تدنون من النساء فان عقب النكح شر
والباه مثل الباء يخف فض للدناءة او يحرق

قيل سئل ابقرات كم يجوز للانسان ان يياشر وظيفة الجماع :

اجاب في كل سنة مرة ، قيل له فان لم يقدر اجاب في كل شهر مرة ، قيل
فان لم يستطع لذلك سبيلا ، اجاب في كل اسبوع مرة ، ثم قيل له فان لم يقدر
اجاب قائلا : هي روحه فله اخراجها متى شاء بدون معارض .

واسمعوا ما قال اخر وقد اجاد :

اجعل سل غذاءك كل يوم مرة واحذر طعاماً قبل هضم طعام
واحفظ منيك ما استعطت فانه ماء الحياة يراق في الارحام
فهذه الاقوال الوجيه التي نطق بها بعض من اساطين العلم تريننا كم يجب
ان يكون خوفنا من الاسراف بخسارة القوى العصبية التي تنحل بالاعتمار تحت
كل ظروفه حتى ولو كان حلالاً للمتزوج .

اما الاعضاء التي تتأثر من الاعتمار في الحداثة او من الافراط في الجماع
في سن الكهولة فتختلف بحسب اختلاف البنية والمزاج . فالبعض يصابون
باختطاف البصر وآخرون بالسل ، وبعضهم بسوء الهضم والذبول ، وآخرون
بالخفقان المزعج وضخامة القلب ، ومعلوم ان نتائج تلك الاصابات هي الهزال
والخور والاصفرار والكدر المستمر ، وفقدان الشهامة والمروءة وشرف النفس ،
وضعف الذاكرة ، وجود القريحة ، وكلال القوى العقلية . كل ذلك مما يقود
الى الجنون بانواعه واثته والميلانخوليا

وقد كان منشأه الاصلي والدافع الى ارتكابه الاستمناء باليد او الاحتلام
المفرط الممهل بدون معالجة او الافراط في الكهولة بعد الاستمرار في الحداثة
والشبوية على جلد عميرة . واذا اتفق للشاب الذي اعتاد طويلاً الاعتمار ولم
يرتدع عن غيه وغروره ، ان تزوج تعروه حين زواجه ما نسميه نحن الاطباء
بفقد الباء او العذط ، اذ ان اعضاءه التناسلية قد اعتراها الكلال وحل بها
الضعف الزائد ، فاصبح صاحبها ضعيف قوة الباء او عذوطاً ، لا يستطيع
اتمام الوظيفة المحللة له الان ، انما تهيج اعضاءه التناسلية لدى اقل تصور

سبق او من جراء احتكاك الثياب او سماع كلام الدعارة او قراءة قصة شهوانية ، والغريب انك تراه عند الاقدام على مباشرة الجماع المحلل اضعف من خيال .

واما التغير الذي يحصل في تركيب السائل المنوي فهو ميع قوامه وتغير لونه وفقدان رائحته الخصوصية وندرته النطف (الحيوينات المنوية) المولدة فيه ، وقد تخلطه مواد مدممة او دم صرف . كل هذا يجعل المرء غنياً وعميقاً وتنشأ منه فيما بعد امراض الحصين والتهاب الموثة (البروستاة) وحدوث البيلة الدموية .

ومنى تراكت بعض هذه الاعراض او كلها عليه ، ولا سيما العانة والعقم ادى به الامر الى الشجار والمشادات العائلية ، وقد ينتهي بالانتحار نظراً الى خجله من شريكة حياته ؟ . . . والحوادث أكثر من ان تعد بهذا الشأن .

ذكر لي بعض مرضاي انه كلما مر بمجانوت تعرض في شبابه لثياب نسائية على اشخاص خشية تعروه نوبة انتعاظ ترافقها هزات عصبية وخفقان في القلب وميل الى الاغواء وشعور بدنو الموت . وكنت شاهدت شاباً تتابسه رجفات مستترة ، وحركات تشنجية مؤلمة في وجهه وطرفه العلويين تستمر بضعة دقائق ثم تزول بعد ما تورث العليل خوء ورأ ليس بالقليل في مجموع قواه ، وبعد التحري والاستقصاء فهمت نشأتها عن استسلامه الى العادة السرية هذه . وقد وقع تحت مشاهداي في دوما لبنان حادثة حدث كان يقع بنوب صرعية عدة مرار كل يوم ، وبعد انكاره مدة الجأته الى الاقرار لي انه كان يعتمر كل

يوم بضعة مرار . ولما اقنعت بحصول هاتيك الاعراض عن تلك العادة الذميمة ونجح بابطالها نال الشفاء التام بعد نحو من عشرة شهور ، وعاد فملك صحة يحسد عليها ، وغبط ذاته للتخلص من ربة العادة الخفية .

هنا ما عن لي تدوينه في هذا الموضوع الهام تنبيها للاحداث والمفرطين في الجناح من الشبان والكهول حرصاً على حياتهم الثمينة ان تذهب ضحية رخيصة على مذبح الجهل والشهوات فيشيخون قبل اوانهم وتكسر بوجوههم هذه الحياة فضلاً عما هي محفوفة به من المتاعب والمشاكل والهموم .

وارجو من الرصفاء الكرام اعطاء ملاحظاتهم بهذا الشأن الخطير خدمة للانسانية المتوجبة خدمتها على كل من احرز قسطاً من العلوم والعرفان ، لان صحة الافراد مقياس التقدم والعمران . والله الهادي الى سواء السبيل .



المذمرام السماوة

حاءنا من حضرة اللغوي الاب انتاس ماري
الكرمي هذا الرد على ما نشرناه في جزئنا السابق
لحضرة اللغوي الشيخ عبد القادر المغربي

(المجلة)

يعلم القوم اني هيات معجماً من الفرنسية الى العربية كما هيات دوواين لغوية اخرى وكنت قد وضعت منذ نحو ثلاثين سنة لفظة المذمرام للفرنجية (buste) وذلك بعد ان وقفت على كل ما جاء من الالفاظ التي تقارب المعنى المطلوب له وضع ما يقابله في لغتنا فلم اجد احسن منها ولا يمكن ان نجد في لغتنا ما يؤيد مواءها والذي زادني تمسكاً بها ما قرأته في المخصص (١ : ٥٢) (قال) ثابت : السماة والسماوة والال : الشخص . وقد يكون الشبح والسماة والسماوة : شخوص غير الادميين وانشد في الشبح . . وفي السماة : وفي السماوة :

سماوته انمال بردي محبر وصهوته من اتحي معصب

يعني « بيتاً » تظلل فيه في فلاة من الارض انتهى . وهذا ما يسمى بالفرنسية (silhouette) كما هو مدون في معجمنا ويسمى ايضاً في لغتنا السواد والجماء ، والسدف (والجمع السدوف) ، والشدف (والجمع الشدوف ، والزول الى غيرها وهي كثيرة . فاذا كانت السماوة هي (buste) فما عسى ان تكون (silhouette) . ولا جرم ان الصديق المغربي لو علم ان في لغة الفرنسيين

لفظة اخرى تقابل كل المقابلة كلمة « السماوة » لما رضى ان تكون هذه الاخيرة مقابلة للبست (buste) .

والذي يزيدنا تمسكاً بالمذمر ما جاء عن ابن مسعود . فقد قال : « انتهيت يوم بدر الى ابي جهل وهو صريع فوضعت رجلي في مذمره فقال : يارويعي الغنم لقد ارتقيت مرتقى صعباً . قال : فاجتزت رأسه . قال الاصمعي : المذمر هو الكاهل والعنق وما حوله الى الذفرى انتهى عن التاج . فهل يعقل ان يكون معنى المذمر هنا القفا وحده او العظمين في اصل القفا او الذفرى ؟ ام مجموع كل ذلك الى الكاهل حتى استطاع ابن مسعود ان يضع عليه رجله الاثنتين ؟ فليصدقنا القارىء والفرنسيون لا يسمون بست (buste) الا اذا كان الى اكاهل^(١) ولهذا أخطأ كل من نقل الى لغتنا هذه اللفظة الى « صورة نصفية » اذ ليست كذلك ويخطئ من ينقلها الى قوله « السماوة » لاننا لو سلمنا انها بمعنى « أعلى شخص الانسان » فهذا يفيدنا نصفه الاعلى وهذا خطأ كالسابق . دع عنك قول من قال ان اللغويين جميعهم اتفقوا على ان السماوة والسماوة بمعنى واحد . وكتاهما لا تفيد الصورة الواضحة المبينة للانسان بل الشخص لا غير . والشخص هو ظل الشيء من غير ان يكون واضحاً فلا يحسن بنا ان نوجه كلام السلف على غير معانيه كما لا يليق بنا ان نضع للالفاظ الافرنجية الفاظاً لا تقابلها كل المقابلة اذا دققنا النظر فيها تدقيق ناقد . اما اذا نظرنا اليها نظراً مجملاً بلا روية فهذا امر آخر لست من الذين يذهبون الى الاخذ به . وبعد هذا القول الواضح الجلي ليتبع الانسان ما يهوى فهو حر في ما يتبع .

(١) الكاهل بالفرنسية (Le haut des épaules)

الدروس الكيماوية

تأليف الكيماوي والدكتور في الصيدلة صلاح الدين الكواكبي

مساعد مخبر الكيماء في الصيدلة

اهدى الينا حضرة المؤلف المار الذ كر كتابه الحديث الذي وضعه في علم الكيماء غير العضوية . في جزئين متوسطي الحجم عدد صفحات اولهما ١٠٨ صفحات وثانيهما ١٠٦ صفحات . ويشتمل الجزء الاول على خمسة ابجاث كبيرة بتدي ، بالماء وتنتهي بمعلومات عامة عن الكيماء والجزء الثاني يحتوي على ستة ابجاث اولها بحث في القيمة الاتحادية وآخرها في السليس والسليكات . وليس في الكتاب اشارة الى انتهائه او الى عزم المؤلف على اصدار الجزء الثالث منه .

والكتاب مطبوع طبعاً متقناً ومزدان بالرسوم الكثيرة تقريباً لاجائه من الازهان وقد قررت وزارة المعارف السورية تدريسه في الصفين الرابع والثالث من مدارسها الثانوية اما لغته فسهلة نصفها بما ذكره عنها المؤلف في مقدمته قال :

وضعت اصطلاحات عربية (على مخالفة بعضها لقواعد اللغة العربية) قريبة من الاصطلاحات الاجنبية . وابتقت اسماء العناصر كما هي بين الدول الا ما عرف منها السلف . تسهيلاً للطلاب اذا اراد الاستزادة من كتاب في كتب بلغة اجنبية .

وما احسن قول المؤلف في مقدمته حينما يعين موقفه تجاه المصطلحات التي اوردها في كتابه فيقول : وليس غرضي الاستئثار بما وضعت والدعوة الى الاخذ به بل اردت استعماله الى ان تنظم لجنة فنية عامة تأخذ على نفسها القيام بوضع اصطلاحات تنطبق على قواعد الفن واللغة .

فنحن نثني على حضرة المؤلف السيد الكواكبي اجل الثناء متمنين لكتابته ما يستحق من الزواج والانتشار وننظر الى اليوم الذي يقرر فيه المجمع العلمي اللغوي المتالف من ممثلي الاقطار العربية كافة ما يجب اخذه او نبذه من المصطلحات العلمية فتعود وهي واحدة في كل البلاد الناطقة بالضاد على حد ما هي عليه في البلدان الناطقة بغير الضاد . جملة الله يوماً قريباً .

سربل



منهاج الجامعة السورية لسنة ١٩٢٦ - ١٩٢٧

نشرت ادارة الجامعة السورية بدمشق للمرة الاولى منهاجها السنوي عن سنة ١٩٢٦ - ١٩٢٧ باللغتين العربية والفرنسية . فبلغ القسم العربي ٨٤ صفحة من القطع الكبير ، والقسم الفرنسي ٨٢ صفحة . وقد ذكرت في اوله نبذة عن تاريخ المعهدين اللذين تتألف منهما الجامعة وهما معهدا الطب والحقوق واسماء اساتذة معهد الطب ومعاونيهم البالغ عددهم ٢٦ استاذاً . وما نشره هؤلاء الاساتذة في المجالات الغربية ومجلة المعهد من المقالات العلمية في السنة المذكورة . ويلي ذلك اسماء الطلاب والطالبات في شعب المعهد الثلاث وهي شعب الطب والصيدلة وطب الاسنان ، وفي فرعيه وهما فرعا القبالة والتعريض . وعدد هؤلاء جميعاً ١٥٩ طالباً وطالبة ، وفيهم السوري والمصري والعراقي والفلسطيني والتونسي .

وعلى اثر ما تقدم ذكرت اسماء جميع الذين تخرجوا من معهد الطب ابتداء من سنة ١٩١٩ حتى سنة ١٩٢٧ وعددهم ١١٧ . طبيياً و ٧٠ صيدلياً . واما المتخرجون من شعبة طب الاسنان وفرع القبالة فعدهم ابتداء من سنة ١٩٢٤ ٥٩ طبيب اسنان و ١١ قابلة وبعد ذلك جدول باسماء اساتذة معهد الحقوق الخمسة عشر وما وضعوه من المؤلفات وجدول اخر بالقابهم واوسمتهم ، فاسماء تلامذة معهد الحقوق وعددهم ٢٤٧

ويلي ما تقدم نظام الجامعة ومعهديهما موضوعا في ١٢٠ مادة ومقسوما الى ٣ اقسام الاول يتعلق بالجامعة والثاني بمعهد الطب والثالث بمعهد الحقوق .

وفي البرنامج عدد كبير من رسوم اساتذة الجامعة وطلابها وبنائاتها ومخابرها وغير ذلك . وهذا البرنامج يدرك من ينظر اليه لأول وهلة انه دليل ناطق على تقدم الجامعة السورية تقدما عجيبا في سنوات قليلة بفضل الجهود الكبيرة والتضحيات العظيمة التي يبذلها معالي الدكتور رضا سعيد بك عميدها ورئيس المعهد الطبي ومعالي الاستاذ عبد القادر بك العظم رئيس معهد الحقوق ومن يؤازرها في عملها الشريف الخالد من الاساتذة القديرين في كلا المعهدين المذكورين .

ولا يسعنا ونحن نكتب هذا التقرير الموجز الا ان نؤكد ان الخطوات السريعة التي خطتها الجامعة السورية تبعث على الرضى عن الماضي وتحمل على التفاؤل بالآتي . اخذ الله بيد عمدها والاخذين بناصرها لكي تصبح هذه الجامعة الفتية المحبوبة في المستقبل من اكبر الجامعات وارقاها .

سرهيل



الاستاذ سيكار

١٨٧٢ - ١٩٢٩

فجمع الطب الفرنسي بل العالم الطبي قاطبة بموت قطب من اقطابه ونابغة من نوابغه بعد ان فجع منذ ايام قلائل بموت العالم الاستاذ فيدال نعني به سيكار . استاذ الامراض الباطنة في معهد الطب بباريس قصف الموت فجأة غصن حياته الذي لا يزال رطباً اثر نوبة خناق صدري فكان موته خسارة لا تعوض على ذلك المعهد الطبي العظيم الذي توالى عليه التكبات .

لا يجهل القراء اسم هذا الاستاذ الكبير وهو الذي خلد اسمه باعماله وابجائه الجليلة فهو الذي شارك فيدال في اعماله ودرس معه التشخيص المصلي عن الحمى التيفية واسسه على قواعد وطيدة وكان حينئذ طبيباً داخلياً في شعبة العالم فيدال . وهو الذي بعد ان خصص نفسه في الامراض العصبية ادخل في هذه الشعبة طرقاً حديثة لا تزال مدينة له بها . فما من يجهل اعماله عن المائع الدماغى الشوكي فقد بين ما لعناصره المصورة من القيمة في تشخيص كثير من الامراض ووصف التهاب السحايا المصلي وبين تبدلات الاحين والسكر في المائع الدماغى واثبت التشخيص الكرومي (chromo - diagnostic) وتوصل بحقن الليبودول في القناة العجزية وفي الاخلية تحت العنكبوتية الى تشخيص كثير من الامور الصعبة التي كان يعد تشخيصها مستحيلاً قبل هذه الطرق الحديثة والى اثبات طرقها الجراحية . وهو الذي ضبط طريقة الحقن بالكحول في معالجة الآلام العصبية وطريقة الحقن العجزية في معالجة التهاب عصب الورك والخزرة (lumbago)

لانه جراح ماهر في الوقت نفسه . وهو الذي بحث في الاستدماء الذاتي (auto hémothérapie) وفي استعمال الحقن الوريدية بفحماة السموده في مكافحة صدمة تزغزع الدم الغروية (choc colloïdoclasique) وهو الذي اوجد معالجة الدوالي بحقن الاوردة بالحقايل المصلبة (صفصافة الصوده) .

فكيف لا يأسف العالم الطبي على فقد عالم كبير كهذا خلدت اعماله له الشهرة واننا بهذه المناسبة نقدم الى اسرته ومعهد الطب الباريسي أخلص تعازينا .
مرشد غاطر

بشرى

يسرنا ان نرف الى قرائنا الكرام ان المعهد الملوكي للصحة العامة في بريطانيا العظمى قد انتخب لمعالي عميد الجامعة السورية الاستاذ رضا سعيد بك وحضرة الدكتور ترا ابو الاستاذ في معهد الطب عضوين شرفيين فيه وانه قد كتب لهما كتابين خاصين بهذا الصدد ومتى عرفنا ان بين اعضاء هذا المعهد الفخريين اصحاب الجلالة ملك انكلترة وملكتها وملك مصر وملك بلجكة وملكتها وملك ايطاليا وملك امبانيا وامبراطور اليابان ورئيس الولايات ورئيس الجمهورية الفرنسية ورهطاً كبيراً من العلماء الاعلام عرفنا ما لهذا اللقب من المقام الكبير فنحن نقدم لمعالي العميد وحضرة الزميل اخلص تهانينا

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٦٩ م . الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٧ هـ

زهري مجهول يظهره الفحص بالاشعة

للحكاه ترايو وطاهر الجزائري ومصطفى شوقي

الاساتذة في المعهد الطبي

ترجها الحكيم ميشيل خوري

لنا الشرف بان نورد لقراءنا المشاهدة التالية . وهي مشاهدة بقيت مدة طويلة لا تجدي في تشخيصها الفحوص السريرية ، الى ان توقفنا الى التشخيص الصائب بفحص مدقق اجريناه بالاشعة ، فاهتدنا الى اسباب الداء الحقيقية وبالتالي الى شفاء المريض العاجل التام .

...

مر يض عولج منذ مدة معالجة مصاب بنوب مؤلمة في الحاصرة اليمنى وتشوشات هضمية . وكانت هذه النوب المؤلمة تتابه منتظمة بعد كل طعام ساعة او ساعتين ويصحها نقيو الاطعمة التي تناولها المريض . وتشأ الآلام في الناحية الظهرية السفلية دائرة حول الناحية الكبدية لكي تنتشر متجهة الى

الناحية الشرسوفية . وتظهر بسرعة آخذة بالاشتداد والانتظام والتكرار مستوجبة ان يعطى المريض البانتوبون يومياً او ان يحقن بالمورفين . وموانعة التغذي وعائدة بالشدة نفسها على الرغم من تقليل المريض للأغذية . فصفاة هذه النوب كانت توهم انها مسببة من علة معدية ، ولكن نقيو الاطعمة فجأة بعد الاكل بساعة بدون آلام معدية حقيقية لم يسمح لنا بان نعد هذه الحادثة من حوادث سوء الهضم المختلفة المعروفة كسوء الهضم الناجم من كثرة الحامض الكيلورهدريك او قلته او من سوء الهضم الورمي . وكان الألم يستمر مدة طويلة بعد القيء ما لم يعط المريض دواءً مسكناً . ولم يثبت لدينا في اي آن حدوث اختمار او انتفاخ او شعور احتراق او قيء او غوط دمويان . ثم ان استقرار الألم في الناحية الكبدية كان يدمو الى الظن بان الحالة هي سوء هضم ناشئ من علة كبدية كالحصاة او التهاب المرارة ، ولكن صمم الكبد كان طبيعياً ، والمرارة لم يكن يشعر بها لدى الجلس حتى انها لم تكن مؤلمة . ومن جهة ثانية لم يكن الألم ينتشر الى الكتف اليمنى كما يشاهد في علة الكبد على اختلافها . وعليه ترددنا في التشخيص ، وكانت تغذية المريض آخذة بالتناقص الى ان عزمنا على فحص الجرى المعدي المعوي بالاشعة بعد طعام ظليل وعلى تصوير الناحية الكبدية ، وفي الوقت عينه فان الفحص العام الذي اجريناه في اوقات مختلفة اظهر خلواجهزة المريض جميعها من العلامات المرضية ولا سيما الجهاز العصبي ، اذ ان الافعال المنعكسة كانت طبيعية وعلامتي رومبرغ وارجيل روبرتسون لا وجود لهما ، الامر الذي دعا الى نفي سهام (تابس) مستتر ، وقد انكر المريض اصابته

بالزهري . فضلاً عن ان استقرار الالم في الجهة اليمنى وحدها ينفي وجود السهام .

اما المعاينة بالاشعة فقد عللت لنا مصدر الاضطرابات الهضمية ومنشأ التوب المؤلمة التي لم يكن لاحداها اقل علاقة سريرية بالآخرى وان تكن اسبابها واحدة . وأرتنا بعد الطعام الظليل ان المعدة كالغليون ، صلبة الاعضاء ، الأمر الذي يشاهد في التكتن الزهري المصور . واما التصوير بها فظهر لنا التهاباً عظيماً منمحاقياً في الاضلاع الاربع الاخيرة التي تغطي الكبد . فلم يبق بعد هذه الدلائل شك في التشخيص . اذانه ثبت لدينا ان المريض اصيب بزهري مجهول ذي مظاهر هضمية وعظمية . واما الالام فاما ان تكون ناتجة من تهيج الاعصاب الوريدية بالعظم النامي نمواً فوضوياً ، او ان تكون آلاماً زهرية عظمية . واما آلام الخاصرة اليمنى ومجموعة الاعراض الالمية فكانت تشتد ليلاً في مواقيت معينة منطبقه بذلك على قانون سريري عرف اليوم تمام المعرفة بشأن الزهري .

ولم تنتظر تحريات المخبر كتفاعل واسرمان والفحوص الخلوي والكيناوي والحيوي للمائع المخي الشوكي بقصد تحقق وجود الزهري لاسيما وان هذه التحريات كان من الممكن ان تعي . بالتائج السلبية دون ان تغير رأينا في السبب الحقيقي الآفة العضوية المزروجة التي رأيناها في المريض . ولذلك فانتا بادرنا على الفور الى مداواة المريض بالارسنوبنزول حقناً في الوريد ووصفنا له قرصاً من الجنازرين قبل كل من الوقعتين الرئيسيتين بساعة لتسكين الالم .

وكان للمداواة المذكورة تأثيرها الناجع فتحسنت حالة المريض بسرعة وزالت الآلام التي كان يشكوها ، واصبحت المعدة قادرة على احتمال الطعام .

والآن بعد مرور شهر ين على زوال كل مظهر مرضي ، فإن المريض متعافٍ منقطع عن كل حمية ، ووزنه يزداد زيادة محسوسة عن السابق .

واننا بعد ما نقدم لا نحجم عن الالتجاء الى الاشعة المجهولة الجسلاء التشخيص الغامض في العلل الباطنة . وذلك لان الفحص بالاشعة بعد الطعام الظليل واجب في كل سوء هضم . ولم يذهب عملنا عبثا لاننا علمنا حقيقة سوء الهضم الناتج من التكتن الزهري . وذلك ما لم نتوقعه لندرته . كما ان تصوير الناحية الكبدية أملاً بكشف حصاة او التهاب مرارة قد ابان لنا التهاباً عظيماً سمحاقيا خفيا لم نكن لنحلم بتشخيصه لولا دريئة التصوير . وبعد ان شخص التكتن الزهري والالتهاب العظمي السمحاقى وجهنا المعالجة الى السبب فتوصلنا الى النتيجة المرغوب فيها .



في سبيل الاشتراك^(١)

بمعرفة بعض الامراض المسماة اجنبية والملاحظة كثيراً على ضفاف
البحر المتوسط الشرقية معرفةً أجل

للحكيم ترايو

الاستاذ في معهد الطب بدمشق وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

ليست غايتنا في هذا التقرير الموجز ان نلم بوصف جميع الامراض الاجنبية
التي تظهر على شواطئ البحر المتوسط الشرقية مع ان لهذا البحث فائدته الكبيرة
ذلك لان الوقت لا ينفصح في مثل هذا النهار لاجاث مسبهة كهذه ونظام
المؤتمر يقضي على كل فرد ان يأتي بالكثير من الامور المفيدة باقصر وقت ممكن .
ولكننا نكتفي باغتنام هذه الفرصة النادرة التي سنحت لنا وهي اجتماع صفوة
من دهاقنة الطب من شرقيين وغربيين لنستمد منهم المساعدة بما لديهم من
الملاحظات التي شاهدوها في نقاط مختلفة من الكرة على ايضاح امر لا يزال
مبهماً في عرفنا وهو امر الحيات التي يشاهد منها المصريون والسوريون كثيراً
في قطرهم نغني بها حي الايام الثلاثة والضحك اللذين يجمع بينهما عدد من
المؤلفين وكثيراً ما يدجونهما بانواع الضحك الكاذب التي تبدو في البلاد
الحارة . ثم نأتي بعد ذلك على مقابلة وجيزة نذكر بها النقاط المشتركة التي

(١) هذه هي المحاضرة الثالثة التي أقيمت في مؤتمر القاهرة الطبي من لدن معهدنا الطبي

(المجلة)

يتصف بها مرضان اجنبيان ايضاً كثيراً الحدوث في انحاءنا وهما البرداء وداء المتحولات (amibiase)

حى الايام الثلاثة ، ضنك البحر المتوسط ، الاضناك الانرى : اننا قد وصلنا بعد ان صرفنا في الشرق خمس سنوات وعائنا في خلالها عدداً كبيراً من المرضى وبعد ان قرأنا كل ما كتب عن الضنك الى هذه النتيجة وهي ان الموءلفين قد دمجوا في فصل واحد مبهم امراضاً مختلفة كل الاختلاف واننا نرى ان الاعراض السريرية مع ملاحظة الحالة الوبائية كافية وحدها دون ما حاجة الى المخبر لتحديد كل من هذه الامراض وتمييزه عن سواء تمييزاً جلياً .

فاذا لم يسعدنا الحظ بان نرى ضنك الهند واوسترالية وشواطئ الاتلانتيك فقد قيض لنا ان نشاهد عدداً لا يستهان به من حى الايام الثلاثة وضمك البحر المتوسط حتى جاز لنا ان نبدي فيها الان رأياً جازماً مميزين بسهولة حى الايام الثلاثة عن ضنك البحر المتوسط الذي يشق علينا ان نعهه وضمك البلاد الحارة مرضاً واحداً وان نكن لم نتعرف الى هذا الضنك الاخير الا بقراءة ما كتب عنه .

واننا سنأتي بايجاز على رسم مشهد هذه الامراض الثلاثة السريري كما يبدو لنا سائلين اولاً زملاءنا المصريين والسوريين ما اذا كنا متفقين في تمييز حى الايام الثلاثة عن ضنك البحر المتوسط وسائلين زملاءنا في البلاد الحارة بعدئذ ما اذا كان الوصف الذي نصف به ضنكنا يطابق الضنك الذي يشاهدونه في بلادهم .

١ - حمى الايام الثلاثة

هي حمى الايام الثلاثة الصيفية كما يسميها الايطاليون او حمى البعوض
الواخز للوريد او حمى البوسنه والمهرسك او حمى التمر والنخ كل هذه المرادفات
لا تفيد سوى مرض واحد وافضلها التسمية الايطالية لانها حمى تستمر ثلاثة
ايام وتظهر في صيف كل سنة . فهي مرض فصلي ينقله على ما يرجح البعوض
الواخز للوريد وعاملها المرضي جرثوم راشح كما اثبتت الاختبارات القديمة القيمة
التي قامت بها البعثات النمساوية والايطالية التي لم تر في دم المرضى مطلقاً
اثراً للجراثيم . وهي مرض منتشر انتشاراً شديداً على ضفاف البحر المتوسط
لانها تظهر في مصر وسورية ومكدونية وكورسكة وتتصف سريراً
باستمرارها ثلاثة ايام وبخلوها من النفاط الا النفاط الدخني العرقي الممكن
الحدوث المسبب من العرق الغزير الذي يتصبب من المريض في يومي حماء
الاولين . اما الامراض الاخرى وان تكن واضحة فليست من الامراض النوعية
كالصداع والحزرة (lumbago) والالام المنصلية والعضلية والعصبية والوهن
والتشوشات المعوية المعدية لانها مشتركة بينها وبين ضنك البحر المتوسط
وذنك البلاد الحارة . غير ان الالام تشتد اشتداداً عظيماً حتى ان المرضى قد
اكثروا لها الاسماء فهم يسمونها خطأ ابا الركب و ابا دبوس وغير ذلك من
التسميات التي يطلقها عليها الانكليز .

٢ - ضنك البحر المتوسط

هو المرض الذي يصادفه الاطباء المارسون في مصر وسورية ويفد كما تفد
الابوثة مرة كل بضع سنوات .

وقد رأينا منه فقط هذه الوافدة في دمشق السنة الماضية مع اننا كنا نرى في صيف كل سنة حتى الايام الثلاثة وشاهدنا نقشي هذا الضنك الغريب ولا سيما في حي من احياء المدينة قد توفرت له فيه اسباب الانتشار لتلاصق بيوته وازدحام سكانه وضيق شوارعه وقلة تهويتها . وقد كان مجيئه كمجيء مرض وبائي عفني سار فقد زار بيوت ذلك الحي جميعها ولم يترك منها واحدا الا دخله وكان يصيب جميع افراد الاسرة في وقت واحد وقد انتشر هذا الانتشار الهائل في مدة لا تتجاوز الاسبوعين .

اما الاحياء الجديدة من المدينة التي توفرت فيها بعض الشروط الصحية من جهة التهوية وقلة الازدحام فلم تقع فيها الا اصابات متفرقة . فطرز الانتشار هذا يحملنا على الافتكار بانتقال العدوى من الانسان الى الانسان ولا سيما لان دمشق لم تر هذه الوافدة منذ عدة سنوات فلو كان الضنك السوري مرضاً فصلياً منتقلاً بالعوض لكان غيابه كل هذه المدة امراً يصعب تعليله . وعدا ذلك فان السواد الاعظم من سكان دمشق يستعملون الكلل . ويتصف هذا الداء من الوجهة السريرية بنفاط حصبي الشكل والحى فيه يطول امدها اكثر من ثلاثة ايام فهي تستمر زهاء اسبوع اما الحالة العفنة والالام فيه فشبیه بمجي الايام الثلاثة وهذا ما حمل الناس على تسميته بابي الركب . ويظهر هذا الضنك كما نظهر حتى الايام الثلاثة على شواطئ البحر المتوسط ولا سيما في مصر وسورية ومكدونية . وقد غزا في السنة الماضية مالطه وتونس وحل ضيفاً ثقيلاً في صيف هذه السنة على اثينا ولسنا نعلم ما اذا لم تكن هذه الحى النفاطية التي تفاجئ الآن الاطباء في جهات مرسلها من نوع ضنكنا المنتقل

من البيره الى مرسيليا بفضل كثرة المواصلات كما انتقل الى اثينا باليونانيين القادمين من اسية الصغرى .

انا لا نرى في طرز انتشار هذه الوافدة من بلد الى بلد اخر مجاور ما يشابه الامراض الفصليّة المنتقلة بالبعوض التي تبدو في كل سنة وتضحل حيث ولدت كما هي عليه البرداء وحى الايام الثلاثة . فنحن للاسباب المتقدمة نعد ضنك البحر المتوسط مرضا نفاطيا عفنا سارياً كالحصبة والقرمزية .

٣ - اضانك البلاد الحارة

هي الادواء التي سماها روجرس وغرل بالاضانك الكاذبة وانا لنأسف كما أسف هذان الموءلفان « لان مشابهة هذه الحيات للضانك الحقيقي قد سودت صحيفة هذا الداء الاخير السريرية وعرقلت التحريات الايمراضية » .

ان اضانك البلاد الحارة لم تدمج في الضنك الحقيقي الا لمساهمة اعراضها العامة ولا سيما الالام لهذا الضنك . غير ان فرقا اساسيا يميزها من الوجهة السريرية عن ذلك . وهو ان ضنكنا مرض نفاطي وتلك اضانك لا نفاط فيها . يقول اورمه « اما النفاط فلم اشاهده مطلقاً وقد نهيت الافكار الى هذه النقطة » ويقول بروسه وفسل وروجرس ان النفاطات الوهمية ليست الا ناجمة من العرق لان النفاطات الدخنية العرقية تظهر في اضانك البلاد الحارة كما تظهر في ضنك البحر المتوسط وحى الايام الثلاثة في اثناء الحمى .

وتختلف الشروط في انتشار اضانك البلاد الحارة عما هي عليه في البرداء فان تلك كهذه امراض الاراضي المنخفضة والبطائح وتظهر في كل سنة ربي في المناطق نفسها . فهي امراض موضعية وفضلية ولهذا ينت الاختبارات الاوسترالية

ان العامل الناقل في تلك الاضناك هو الناموس الارقش (ستاغوميا) .

٤ - النتيجة

فنستنتج مما تقدم النتائج التالية :

ان السريريات وطرز وفود هذه الامراض الثلاثة تكفيها لان اختبارات المخابر تنقصنا لتمييز كل من هذه الامراض : ضنك البحر المتوسط و ضنك البلاد الحارة و حُمى الايام الثلاثة عن الاخر مع ان الكثيرين من المؤلفين قد خلطوا بينها ولا يزال البعض حتى يومنا الحاضر يخلطها .

ان حمى الايام الثلاثة مرض فصلي ينقله السكيت (البعوض الواخز للوريد)
ان ضنك البحر المتوسط مرض نفاطي عفني سار
ان ضنك البلاد الحارة مرض فصلي ينقله البعوض ولا سيما الارقش
منه (ستاغوميا) .

البرداء وداء المتحولات

اننا نرغب بايراد هذه المقابلة الموجزة في ان نبين النقاط العديدة الكائنة بين
البرداء وداء المتحولات على الرغم من ان الظواهر تبعد احدي هاتين الالفين
عن الاخرى .

أ - الحيويينات الدموية « *hématozoaires* » والمتحولات « *amibes* » هي

حيوانات ابتدائية مولعة بالدم : ان المتحولات هي كالجيوينات الدموية حيوانات
ابتدائية تعني بذلك انها ابسط العضويات في السلم الحيوانية لانها مؤلفة من
خلية واحدة حية . ولا عجب اذا كانت الحيويينات الدموية مولعة بالدم
لان اسمها يدل عليها ولان المؤلفين يعرفونها بانها حيوان ابتدائي عائش في الدم

ولان البرداء تشخص بكشف هذا الطفيلي في ملء الكريات الحمراء . وكذلك القول في المتحولات الحالة التي توء ذي الكريات الحمراء لانها تعرف لدى معاينة الغائط بجلولها في الهيولى .

ولهذا كان :

٢ — فقر الدم نتيجة للبرداء كما انه نتيجة لداء المتحولات لانه :

حين انقفاع الاجسام الوردية تخرب جميع الكريات الحمراء التي تحتلها الطفيليات خراباً اكيداً وربما كانت الكريات المصابة كثيرة العدد . وكذلك القول في الكريات الحمراء التي تحتلها المتحولات فانها تتحل انحلالاً تدريجياً لا مناص منه . فينجم من كلتا الحالتين خراب كبير في الكريات الحمراء يفضي الى قلتها وان تكن الطرق المؤدية اليها مختلفة . وما هذا سوى فقر الدم متفاوت الدرجات الكثير الحدوث في البرداء وداء المتحولات ولكن :

٣ — خراب الكريات تنجم منه اضرار اخرى غير فقر الدم : فان خضاب الدم

الناسىء من خراب الكريات الحمراء يقع في سياق التعفن البردائي مباشرة في الدم الجاري اما في داء المتحولات فخراب الكريات الحمراء يقع في القروح المعوية التي تفتح بمحيرات دموية تحت الغشاء المخاطي حيث يخرج بعض خضاب الدم من خلال الاوعية ويتنقل بالجاري البلغمية ثم يعود الى مجرى الدم . ويتبدل خضاب الدم هذا في كلتا الحالتين التبدلات المعروفة منقلباً في ملء النسج الى اصبغة ومفضياً في النهاية الى احداث صفراوين البول الذي يفرز مع البول ويولد متى كان خراب الكريات الحمراء كبيراً يرقاناً دموي المنشأ . فهو في البرداء اليرقان المحرب الذي قلنا في منشأه انه ناجم من تلف الكرية الحمراء

بالحيويينات الدموية. يرقان شبيه به في داء المتحولات كشفناه مع صباغ كان به
مصل الدم خالياً من حالات الدم (hémolysines) وحالات الدم الاجنبية
(hétérolysines) - وعدا ذلك :

٤ - فالتا نجد في داء المتحولات كما في البرداء جميع درجات اليرقانات : ان
اليرقان الدموي المنشأ هو في الغالب يرقان لا ييلة صفراوية فيه ففي اليرقانات
التي اتينا على ذكرها تكون الابوال غالباً خالية من الاصبغة الصفراوية الطبيعية
والملاح الصفراوية . غير ان اليرقان الدموي المنشأ قد يفضي اعتنائاً الى
يرقان مع ييلة صفراوية ذي منشأ كبدي . وقد يكون فقر الدم شديداً في
البرداء وداء المتحولات الحظر ونقص الكريات الحمراء كبيراً . وتخزن خلية
الكبد من خضاب الدم المحرر الاجزاء الحديدية ولا تلبث ان تتوهم بها متى طال
العهد عليها فتختل وظيفة الكبد الصفراوية كما تختل وظائفها الاخرى كافة
فيبدو اليرقان بفرط نشاط الكبد وينشع لون الجلد والملتحات الاصفر . وتبدو
في البول عسدا صفراوين البول الاصبغة الصفراوية والملاح الصفراوية
وكثيراً ما يبدو سكر العنب والييلة وهي برهان على تشوش عام في وظائف
الكبد من الوظيفة الصفراوية الى الوظائف الاخرى المولدة للسكر والمضادة
للذيفانات . فيكون اليرقان في البدء مع ييلة صفراوية ناجماً من فرط نشاط
الكبد ثم ينشأ من ضعف الكبد وقصورها . وتصادف جميع درجات اليرقان
حتى اوخمها واخطرها .

٥ - المتحولة والحيويين الدموي يؤذيان خلية الكبد : ليس اليرقان وحده مع
تنوعات اشكاله التشوش الوحيد الذي يطرأ على خلية الكبد . فان الحيويين

الدموي ينتقل بسهولة الى الكبد بالمجري الشرياني كما تصل اليها المتحولات بطريق وريد الباب . ووصول كل من هذين الطفيلين يعرف باحتقان الكبد وبقاء الحيوين الدموي في هذه الغدة بالتشمع الضموري كما ان بقاء المتحولة يتصف بخراجه الكبد لانها تمت الخلايا وتحلها وهي الصفة التي تمتاز بها ومع ذلك :

٦ - فلا تستطيع الكبد ان توقف تيار الحيوينات الدموية او المتحولات :

اما ايقاف الكبد للحيوين الدموي فامر وهمي لان البعوضة تلتحم احدى نقاط الجلد فيسير الحيوين في الدوران الشرياني الى الاعضاء المختلفة واما المتحولة فانها تجدد في الكبد حاجزاً مائياً . فان هذا الطفيلي ينتقل الى الانسان بطريق الانبوب الهضمي ولا يتمكن من الوصول الى الكبد الا بفضل التقرحات المعوية وبطريق وريد الباب ومتى وصل استقر فيها وهذا ما يعلل لنا كون الخراجة هي اكثر العراقيل حدوداً غير انه لا يقف في الكبد بل يسير نحو الوريد الاجوف وقد فاجأ هر يس المتحولة عند مصب الاوردة فوق الكبد ومتى وصلت الى تلك النقطة لم يعد امامها موانع تستحق الذكر . لانها تصل الى الدوران الرئوي وهذا ما يعلل لنا داء المتحولات الرئوي مع ظهور المتحولات في التفلات . واذا اجتازت المتحولة الرئة وصلت الى الوتين (الاورطى) وكان استقرارها في الدماغ والطحال والكليتين ممكناً كما ثبت ذلك اليوم . وتظاهرات البرداء شبيهة بهذه فان ذات الرئة البردائية لا تشكر وان تكن نادرة وقد وجد غزل الحيوينات الدموية في دم التفلات اما استقرارها في الدماغ فيظهر في الانواع التي يسميها كلش الانواع المنتخبة وفي الانواع السباتية والاستقرارات الكلوية معروفة لان

التهابات الكلية البردائية قد عرف امرها .

اما الطحال فما من يجهل انه مقر الحبيبين الدموي المنتخب كما ان الكبد هي المقر الذي تختاره المتحولة بعد ان تجتاز الامعاء . وان مشابهة داء المتحولات للبرداء تزداد اكثر مما ذكرنا متى قربنا الزحار المتحولي من البرداء الزحارية الشكل التي تبدو فيها الحبيبيات الدموية في الغائط .
٧ — داء المتحولات يعفن الدم اذا كما تحفنه البرداء

لا خلاف في ان البرداء تعفن دموي لان مركز الحبيبيات الدموية العادي هو الدم . ومتى عرفنا ان المتحولات قد صودفت في وريد الباب وعروق الكبد الشعرية والدماغ والطحال والرئتين حتى في ابوال مصابين ببعض التهابات الحويضة والكلى ادر كنا انها لا تتوصل الى هذه الامكنة المتنوعة الا بعد مرورها الى الدوران العام . فداء المتحولات والحالة هذه هو تعفن دموي صغير شبيه بما هو عليه تعفن الدم الناجم من عصية الكولون بالنسبة الى تعففات الدم الجرثومية .

٨ — ان مبدأ تعفن الدم بالمتحولات لا يعلل بعض الاعراض التي لا تكون بها

سبباً مقصوداً :

يصعب علينا ان نصدق ان الحبيبيات المبدئية السائرة في مجرى الدم لا تترك اثرأ لمرورها فيه . ان مبدأ الذيفانات البردائية مسلم به ولا خلاف فيه كما ان من العوارض ما يمحنا على الظن بان للمتحولات ذيفانات ايضاً . لانه يصعب علينا فهم بعض العوارض الطارئة في سياق داء المتحولات المثلث متى لم نكشف المتحولات لدينا في مقر الافة كالتهاب الكلية الحاسب للماء الذي

وصفناه مع مار وكلاشكال الدماغية السحائية التي تختلف عن الحراج الدماغية المتحولي والتي وصفنا اعراضها ومشابهتها لحالات التهاب سحائي وتشوش عقلي مع هذيان قد يبلغ درجة العته .

فكل ما تقدم يحملنا على استنتاج

٩ - النتائج الالية

ان البرداء وداء المتحولات المحدثين بحيوانات مبدئية تفعل في البنية افعالا عديدة متشابهة في كثير من وجوها .
تحدث البرداء دائما وداء المتحولات احيانا حالة تعفن دم حقيقية .
بعض العوارض السريرية تحملنا على الظن بان للمتحولات ذيفانات كما ان للحيويينات الدموية ذيفانات ايضا . وهذا ما يدعونا الى فتح باب جديد في الامراض العامة : وهو باب الامراض المسببة من الحيوانات المبدئية المولعة بالدم .



(١)
خراج متحولي صغير في وحشي فص الكبد الايسر

للحكيمين الاستاذين

لوسر كل ونرابو

والطالب السيد مسلم القاسمي

ان خراجات فص الكبد الايسر اقل حدوثاً وانتشاراً من خراجات الفص
الايمن ، والاحصاءات الاربعة التي سندرجها معتمدين في نقلها على مصنف غرل
وكلارك « Grall et Clarak خير دليل على صحة ما نقول :

خراجات الفص الايمن	خراجات الفص الايسر
في الاخصاء الاول	١٠٩
» » الثاني	١٠
» » الثالث	٢٥
» » الرابع	١٦
٣٣٩	٦٩

فالنسبة والحالة هذه بين خراجات الفصين الايسر والايمن تعادل ما يقرب
من عشرين في المائة . لذا كان في استطاعتنا ان نقول ان المتحولات في الفص
الايسر ليست وفيرة فيه سيما اذا اتخذت سطح الكبد السفلي مقراً لنموها .
عندها يكون وقوعها اقل بمرتين مما لو حدثت في سطحه المحدب .

نشرت هذه المشاهدة في مجلة امراض البلاد الحارة التي تصدر عن باريز في جزئها
السادس من سنتها السابعة (١٩٢٨ م)

لهذا كانت مشاهدتنا عظيمة الفائدة من الوجهة العلمية سيما اذا تصورنا مبلغ الصعوبة التي لاقيناها في تحديد الكبد في المراق الايسر حيث قد احتفرت لها جوفاً قيحياً التهاياً .

المشاهدة: امرأة مسلمة في الاربعين من العمر دخلت المستشفى العام بدمشق في الخامس والعشرين من شهر كانون الثاني عام ١٩٢٨ وهي تشكو الماً في الناحية الشرسوفية ألم بها منذ خمسة عشر يوماً . كما انها اصببت في خلال هذه المدة بحمى (ذات شكل بردائي) تراوحت درجة حرارتها بين ٣٦ و ٣٩ لدى فحص المريضة مضطجعة على ظهرها يشاهد في اعلى عضلة البطن المستقيمة وايسرها ازاء الحافة الضلعية ورم بارز قدر حفنة ^(١) الكف يختفي معظمه حين اجلاس المريضة ، ولدى جسسه يرى انه صلب غير متحرك تحت سطح عضلي متقفع جداً (contracturé) .

كنا عندئذ امام ورم في وحشي الناحية الشرسوفية وايسرها ، لنا يترتب علينا ان نفحص كل عضو من اعضاء هذه الناحية التي بإمكانها ان تورث هذا التورم :

ان خلو مريضتنا من الاختلالات المضمية حدا بنا الى نفي آفات الكولون المعترض والمعدة ، كما ان وضوح مسافة تراوبه لدى القرع لوانا عن التفكير بآفات الطحال . وقد حكمنا آنذا انه لا آفة كبدية هناك لأن قرع الكبد في ناحية الفص الايمن — وهي الناحية القرية المأخذ — لم يبد لنا ادنى زيادة في حجم هذا العضو .

(١) الحفنة : ملء الكف فهي ثلاثم اذن كلمة (La paume)

اصبح موقفنا الاخير بعد ما نفينا هذه الآفات جميعها امام نظرية لا بد من وضعها وهي « خراج ما تحت الحجاب » لأن نصف الصدر الايسر يدي تفاعلاً في طريقة الجنب متظاهراً بقليل من الصمم ، وتناقص في الحفيف التنفسي ، واحتكاك واضح في الجنب .

ولكن هذه النظرية التي وضعناها كانت احتياطاً لفحص شعاعي يجلو لنسا الامر ويبين موضع الآفة على وجه الضبط .

لم يعد بعد الفحص السريري هذا من مندوحة عن فحص الدم ، هذا الفحص الذي وافانا بعد مدة وجيزة يحمل بين طياته معلومات ضافية يؤخذ منها ان هنالك خراجاً حاراً .

فحص الدم^(١)

عدد الكريات الحمراء	٤٦٣٠٠٠٠٠
البيضاء	١٦٦٤٠٠
الكثيرة النوى المعتدلة	٨٣ ٪
الوحيدة النواة	١٧ ٪

ولم يشأ الفحص الشعاعي (radioscopie) ايضاً ان يجرمنا الفوائد الجزيلة التي ساعدتنا في كشف غوامض هذه القضية : اذ شاهدنا ظلاً مستديراً في اسفل نهاية الكبد اليسرى^(٢) .

اما علامات الجنب التي ذكرناها فلا علاقة لها بالآفة الحالية بل يستدل

(١) اجري هذا الفحص الاستاذ الحكيم احمد حمدي الخياط والحكيم حسني مبرح

(٢) قام بهذا الفحص الاستاذ الحكيم طاهر عبد المؤمن

انها آفة قديمة تجهل المريضة نفسها مصدرها .

بعد وضع التشخيص على نحو ما ذكرنا نمر الى العملية

العملية : خدرت المريضة بالاثير واجرى الشق على قمة الورم : وبعد اجتياز العضلة المستقيمة وتحيتها بلغنا غمد العضلة الخلفي الذي كان ملتصقاً بنسيج الكبد ثم اجرينا البزل في ملء ملحمة (برنكا) الكبد فسال مقدار من القيح يبلغ زهاء مائة غرام .

بناء على ما تقدم يلاحظ ان الفحص الشعاعي وحده هو الذي حدد مقر الالم وذلك لان الجوف المتقيح قد استكن في وجه الكبد السفلي ، غير ان ظل الخراج الذي شاهدناه على الدريئة كان اكبر من حجمه الطبيعي لأن مرتسم الخراج يقع اكبر من الخراج نفسه بعد توجيه اشعة متباعدة اليه ، وهكذا اذا اضعفنا الالتصاقات الكائنة ما حول الخراج يتراءى لنا سر سعة نطاق الظل على الدريئة (écran) .

اما لو كان التقيح متناولاً سطح الكبد العلوي فلا تستطيع الاشعة رونتجن ان تهدينا الى حقيقة تشخيص الآفة .

حقاً انه لم يكن لدينا سرياً ورم بطني ، ومع ذلك لم يكن هذا الورم في موضعه المألوف اي في الناحية الشرسوفية بل كان يميل نحو انسي مسافة تروبه ، كما انه لم يكن هذا لورم خراجاً في الطحال لانه يشترط حينئذ ان يكون الطحال ضخماً وان يشمل الصمم في الناحية الهلالية .

وكان لنا ان نتردد في عزو التقيح الى الكبد استناداً على ان هذه لم يزد حجمها ازدياداً محسوساً في اي نقطة من نقاطها . كل هذا من جهة واذا اضعفنا عدم شكوى

المریضة لألم ما فی الكتف اليسرى وهو العرض التیم الذي یخدمنا كثيراً فی تشخیس خراج الكبد والذي لم یستثنه العلماء فی خراجات الفص الايسر او بالاحرى متى كان فص الكبد الايسر موءوفاً كان ذلك باعثاً كبيراً لتقویض كل فكرة من شأنها ان تحملنا على الظن ان هناك آفة فی الكبد .

واخيراً ان تظاهر التهاب قديم فی الجنب الايسر والذي لا یمت الى الآفة الحالية بصلة ما قد اضلنا كثيراً عن جادة التشخیس واورث لنا الصعوبة والتشویش فی درس المرض وتبعه .

هذه مشاهدتنا أتی على نشرها ونحن واثقون بانها اهل للنشر تعود على الاطباء والمطالعین بالفائدة المتوخاة فی تتبع امثال هذه المشاهدة العلمية التي أقل ما یستثمر منها انها تفتح مع غيرها مجالا للتقصي فی القضايا الطبية التي لم تزل بعد تموج فی بحر من الغموض .

نقلها عن الفرنسية

الطالب السيد مسلم القاسمي



نتائج المداواة بالاستوفرسول السريرية

والحموية في ١٢٥ حادثة فليج عام

للحكيمين الاستاذين

سزاري و أ . باريه

ترجمها الحكيم الاستاذ سامي الساطي

بدأنا بالبحث عن تأثير الزرنيخ الخماسي القوى الدوائي في الفلج العام منذ سنة ١٩٢١ وقد نشرنا ما اخترناه خلال ثلاثة اعوام سنة ١٩٢٢ . وقد قام اليوم كثير من الاطباء يناصرون هذه الطريقة واعان فور باس ان الستوفرسول افضل علاج كيماوي للفلج العام . لم تنتشر هذه الطريقة على الرغم من مناصريها والقائلين بفائدتها ويعود ذلك الى عدة اسباب اهمها خشية المتمرنين من طروء التهاب العصب البصري وهو عرقلة تهدد المرضى الذين يعالجون بمشتقات الزرنيخ الخماسي القوى وقد تحققنا هذا الخطر لما استعملنا طريقتنا الاولى القائمة بحقن الوريد بمقادير كبيرة من الزرنيخ ونبها لذلك تنبيهاً شديداً .

ولم تبد لنا اضطرابات الرؤية لما باشرنا استعمال الستوفرسول الا بصورة شاذة ولم يلاحظها من استعمال هذه الطريقة بعدنا . وهذا ما دعانا الى تغيير طريقتنا القديمة اجتناباً لهذه العرقلة فبدلاً من ان نحقن مرضانا بـ ١٦٥ ستوفرسول ثلاث مرات في الاسبوع اخذنا نحقن تحت الجلد بغرام واحد في كل مرة ولما كان المقدار اللازم الذي يجب ان نحقن به المصاب في السلسلة

الدوائية الاولى ٢١ غراماً فقد وزعنا هذا المقدار على ٢١ مرة بدلاً من خمس عشرة مرة . وكنا اذا تراءى لنا ان التحسن مستمر نزيد عدد الحقن الى الثلاثين فما فوق .

ويجب ان تعاد السلاسل الدوائية مراراً على ان يفصل بين الاولى والثانية منها فترة مدتها شهر كامل . وقد استعملنا هذه الطريقة في كثير من الحاديات لم يقع فيها اقل اضطراب في الروئية .

ذكر طريقتنا وناقشنا كثير من المؤلفين وقد شوشها بعضهم تشويشاً مؤسفاً لانه من الخطأ ، على رأينا ، ان يظن ان استعمال اي علاج من مشتقات الزرنيخ الخماسي القوى ولو كانت الكمية واحدة يفضي الى النتيجة نفسها التي تتجهم من استعمال الستوفرسول . وقد قايسنا بين الستوفرسول والارزاستين (arsacetine) ومشتق فورنو ٢٤٠ فبدلنا ان العلاجين المذكورين اقل تأثيراً من الستوفرسول ولا سيما الـ ٢٤٠ الذي لا يفيد في التهابي السحايا والدماغ الزهريين كالاول لذلك كان من الواجب ألا يستعاض عن الستوفرسول بعلاج آخر من مشتقات الزرنيخ الخماسي القوى وقد لامنا احد الاطباء سنة ١٩٢٨ واتهمنا باننا نخلط بين الستوفرسول والارزاستين وهو يلصق في الحقيقة هذه التهمة بنفسه لأننا بينا سابقاً الفرق بين العلاجين ونشرنا نتائج ابحاثنا في الستين ١٩٢٥ ١٩٢٦ .

يستعمل بعض متخصصي الأمراض العصبية والروحية الستوفرسول مع عامل دوائي آخر كحقن دملكوس (Dmelcos) والتلقيح بالبرداء . وييل البعض الى الاعتقاد بان الفضل في النجاح يعود الى اللقاح المضاد للقرحة او الحيهوين

الدموي وحده . ولا نعلم ما اذا كان الدمكوس وحده يفيده المصاب بالفلج العام ام لا فان اختباراتنا التي اجريناها قبل ان ينشر سيكار البجائه لم تفض الى نتيجة . ولا نعتقد ايضاً ان طريقة واغز وفون جورغ مفيدة في الغالب كما اثبت ذلك الاستاذ كلود ومن بحث هذا البحث بعده من المؤلفين . ونعتقد ان الستوفرسول وحده كاف لتحسين كثير من المصابين بالفلج العام فاذا لم تظهر فائدته بعد شهر الى ثلاثة اشهر جاز لنا استعمال احدى الطريقتين المولدين للحمي وما الفائدة من استعمال طريقتين معاً قد ينجم من احدهما بعض الخطر وقد تكون اولاهما كافية .

وقد كنا في جميع الحوادث التي عالجناها بالاستوفرسول ان نعرف ما ستكون النتيجة قبل انتهاء سلسلة الحقن الثانية . فاذا لوحظ ان هذه الطريقة وحدها ليست كافية جاز اشراكها بطريقة اخرى .

نبدأ بذكر النتائج التي حصلنا عليها في مرضانا من الوجهتين السريرية والحيوية بعد ان جئنا على ذكر النقاط العامة . ولسنأيد ان نكرر بعض التفاصيل التي نشرناها فيما مضى فعلى من يرغب في التوسع ان يطالعها .

عالجنا بالاستوفرسول منذ عام ١٩٢١ ١٢٥٦ حادثة فلج عام ولم نتخب مرضانا بل عالجنا المصابين على السواء وكانت حالتاً بعضهم العقلية والجسدية سيئتين جداً .

نصنف مرضانا ثلاث زمر حسب الشكل السريري الذي يبدو به المرض يدخل في الزمرة الاولى المصابون بتنبه روحي او بهذيان غروري وفي الزمرة الثانية المرضى المصابون بضعف الادراك وفي الزمرة الاخيرة المعتوهون .

وقد بدت لنا ضرورة هذا التصنيف لان النتائج تختلف باختلاف الشكل السريري ولان هذا التصنيف يساعد على مقارنة المداواة بالاستوفرسول بالطرق الاخرى المتبعة التي لا يسوغ استعمالها في كثير من المدنفين المعتوهين .

وكان عدد المصابين بالفلج العام مع تنبه ٣١ شخصاً افادت فيهم المعالجة فائدة حسنة فقد استفاد منهم عدد تعادل نسبته ٦٨ في المائة استفادة صريحة وقد تمكن بعضهم من مزاولة اعماله التي كان بعضها دقيقاً (وذلك دليل قاطع على حسن النتيجة) وتعادل نسبتهم ٥٥ في المائة وشفي بعضهم (بنسبة ٤٥ في المائة) شفاء تاماً دون ان يبقى فيهم اقل عرض وقد ظل بعضهم (١٠ في المائة) يشكو اعراضاً منفردة كوهن الوجه ، وارتجاف اللسان . وكانت النتيجة حسنة بعض الحسن في البعض (١٣ في المائة) فقد ظلوا مصابين ببعض اختلال في الشعور وبعض انخفاض في الادراك وقد كانت النتيجة سلبية وغير كافية في البعض (٣٢ في المائة) .

وكانت النتائج في ٤١ مفلوجاً مصابين بضعف الادراك حسنة (من الزمرة الثانية) في عدد تبلغ نسبته (٥٨ ، ٥ في المائة) وحسنة جداً في ١٧ بالمائة وتامة في ٢٢ بالمائة وحسنة بعض الحسن ١٩ بالمائة وكان لتحسن بعض الاثر في ٤١ ، ٥ في المائة .

وكانت النتائج في ثلاثة وخمسين من مرضانا وهم من الزمرة الثالثة سلبية فقد فهم ان تأثير الستوفرسول في هذا الدور قليل جداً لان الآفات الدماغية فيه شديدة فقد تحسن بعض هؤلاء المرضى بنسبة (٢٦ ، ٤ في المائة) تحسناً جيداً (٩ ، ٤ في المائة) ولم يحسن ٣٧ ، ٥ منهم اقل فائدة . وقد تحسن بعض هؤلاء المرضى

مع انهم كانوا مصابين باضطراب الملكات العقلية والقوى الجسدية اضطراباً عظيماً فاستغربنا ذلك اي استغراب . وقد لاحظ ترنل (Trénel) وماسكن (Masquin) هذه الملاحظة نفسها .

يستنتج من ذلك ان تأثير المداواة بالسوفرسول يختلف اختلافاً بينا بالنسبة الى الشكل السريري . ويجب ان يلاحظ اختلاف نتائج هذه الطريقة الدوائية بالنسبة الى الشكل السريري حين مقارنتها بالنتائج التي يحصل عليها في استعمال طريقة المداواة بالبرداء فلا يجوز استعمال الطريقة الاخيرة الا في من كانت بنيتهم قادرة على مقاومة البرداء . ولم يكن استعمالها جائزاً في ٥٣ من مرضانا المعنويين الا نادراً فاذا اردنا المقارنة بين نتائج هاتين الطريقتين ولاحظنا ما كان عائداً منها الى الشكاين السريريين الاولين ظهر لنا ان التحسن واقع في ٦٢ ٥ في المائة ولا جدال فيه وقد تمكن بعضهم ٤٧ ٥ في المائة من مزاوله اعماله . وقد خابت هذه الطريقة في ٣٧ ٥ في المائة .

يلاحظ مما اسلفناه ان مقارنة هذه الطريقة بطريقة المداواة بالبرداء جائزة وتمتاز هذه الطريقة بعدة امور : فهي اولاً اقل خطراً وثانياً سهلة الاستعمال لا تحتاج المريض الى الإقامة في مستشفى او في مصحة ولان استطبائاتها اكثر ايضاً اذ يجوز استعمالها في اشكال العته وفي المدنفين ولا نجز لانفسنا الحكم في استمرار النتيجة لاننا لم نر بعض مرضانا بعد ان غادروا المستشفى ولا نعرف ما اذا كانت حالتهم قد ساءت .

وقد تبين لنا من المرضى الذين تمكنا من متابعتهم (وبعضهم منذ سنة

١٩٢٣ و ١٩٢٤) ان التحسن قد استمر افيهم سواء استعملوا المداواة الداعمة التي اوصينا بها (٣ سلاسل حقن في السنة) بصورة منتظمة او بدون انتظام ام لم يستعملوها البتة وكان عدد هؤلاء الاخيرين قليلا جداً وهم الذين غابوا عن اعيننا .

وقد استمر التحسن سنتين او ثلاث سنوات في مرضى لم تستعمل لهم اي مداواة داعمة . وقد نكس المرض في مريض اهمل اتباع مداواته وقد تحسن على اثر حقنه بسلسلة فترك المعالجة مرة ثانية فنكس مرضه ولم يجده الستوفرسول شيئاً في هذه المرة .

ولا بد لنا من المثابرة على التجارب وانتظار امد طويل لكي يجوز لنا الحكم في مستقبل مرضانا المعالجين بالستوفرسول ويكون حكمنا صحيحاً . وقد مات من مرضانا عدد قليل احدهم على اثر سكتة (ولم يستعمل المداواة الداعمة بعد ان تحسن) وقد مات ثلاثة منهم على اثر ازدياد الدنف فيهم ازدياداً مستمراً ولم يستفيدوا الا فائدة جزئية .

(للبحث صلة)



التهابات المعشكلة الجراحية

(Pancréatites chirurgicales)

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

لا تزال جراحة المعشكلة محدودة لان عمق هذه الحشا ومجاورتها تعيد تشخيص افاتها وجراحاتها مستصعبة كما ان وظيفتها المهمة تعيد ادواءها خطرة . غير اننا اذا قلنا ان جراحاتها مستصعبة فلا نعني انها متعذرة فقد خزعت المعشكلة خزعا بسيطا او خلال الاثني عشري لاستخراج حصاة منها . وقد قطع بعضها او استئصلت كلها في بعض الحالات متى نبت ورم عليها غير ان هذه العمليات لا تزال نظرية اكثر مما هي عملية وقد كان لها نصيب وافر من الدرس في الجراحة الاختبارية والجراحة العملية على الجثث اما نتائجها في الاحياء حينما كانت تجرى ولم تكن تجرى الا نادراً فليست مما يشجع الجراحين على اجرائها . واذا نظرنا الى واقع الحال عرفنا ان العمليات التي تجرى على المعشكلة لا تخرج في اكثر الاوقات عن دائرة ضيقة كاستئصال كيس او خياطة جداره بالجلد (marsupialisation) او تحفيض (drainage) خراج او تحويل الصفراء او محتوى الامعاء لان رأس المعشكلة يعوق محتوى المرارة او الاثني عشري عن الخروج او لان تعفّنات المجاري الصفراوية تؤثر في المعشكلة . فهذه العمليات جميعها التي ذكرتها لا تستدعي الاسراع لانها تدع الجراح وقتا للتفكير .

غير ان من آفات المشكلة ما يستدعي العملية الجراحية السريعة نعني به الالتهابات الحادة وهي آفات ليست كثيرة الوقوع والحمد لله فان بروك (Brocq) لم يجمع منها في بحثه الذي قام به لاحراز ترشيحه للاستاذية سوى ٣٤٠ مشاهدة . ولعل القارئ الكريم لا يرى منها حادثة واحدة غير انه اذا ما صادف حادثة وكان عليه ان ييدي رأيه فيها ولو مرة واحدة في الحياة وجب عليه ان يشخصها وان يحزم جزما سريعا بالتوسط الجراحي لانه وسيلة النجاح الوحيدة .

انني اصف الآن المشهد الذي يظهر به المرض عادة : رجل في العقد الرابع من عمره ساسن في الغالب يعتر به بعد ان يكون قد ملاً معدته بالطعمة ألم شرسوفي واخذ يمتاز بشدته ولربما انتشر هذا الألم الى المراق الايسر او الحفرة فوق الترقوة اليسرى ويأخذه في الوقت نفسه حصر (angoisie) وتزرق شفاهه ويبلل جسده عرق بارد ويتجه الى الوهط (collapsus) وكل هذا دليل على شدة الخطر الذي يشتد ساعة فساعة ويستمر الالم عوضاً عن ان يخف ويتاب المريض نوباً لا يكاد المورفين نفسه يخفف شدتها . والنبض الذي كان في البدء طبيعياً يسرع ويضعف توتره ولا تعلق الحرارة الى اكثر من ٣٨ ورم بما ظلت طبيعية او هبطت عن الدرجة الطبيعية . ويقىء المريض الطعام فالصفراء وتنحبس المواد الغائطة والغازات فيه بعض الانحباس ويتطبل البطن وقد ينكمش ويوءلم بالجلس ويصعب فحص المريض لانه يتألم وربما اعترته ابالة (anurie) . فمتى بدا هذا المشهد للطبيب فكر ولا شك اولاً في انثقاب قرحة معدية اثني عشرية او في انسداد معوي حاد ودله اختباره ان المريض مستهدف لخطر عظيم وانه لا بد من التوسط الجراحي لكشف السبب . فيفتح الجراح البطن ولكن ماذا يرى ؟ انه

لا يكاد يرى شيئاً في البدء متى فتح البطن بعد ظهور هذه العوارض يوضع ساعات : فالعري المعدي متمددة غير انه لا انتقاب قرحة ولا انسداد كما كان يتوهم . ولكنه اذا عاين الاحشاء معاينة دقيقة يرى على مسير الكولون الايمن كمية من المصل المدمم نازلة نحو الحفرة الحرقفية اليمنى واذا ما تابع هذا المصل في منشأه وصل الى الجوف الخلفي للثروب والى المثكلة فيبدوله ان هذه الغدة مصابة بالتهاب نزفي . واما اذا اجلت العملية الى ما بعد الساعة السادسة عشرة وهذا ما يقع غالباً فتظهر على الثرب والماساريقارواسب بيضاء شبيهة ببقع الشمع فيشخص المرض حينئذ فاذا ما مزق الثرب الصغير بدا انصباب دموي مالى لجوف الثروب الخلفي وظهرت المثكلة متوذمة مرتشحة كلها او بعضها بدم . فلا يكون الامر سوى التهاب المثكلة النزفي الحاد مع تنخر شعبي (pancréatite hémorragique aigue avec stéatonecrose) . فيحفض الجراح بعد ان يكون حرر الغدة من غلافها هذا الدموي ولا تقل الوفيات على الرغم من العملية عن ٧٨-٨٠ بالمائة ويقع الموت بعد التوسط الجراحي ١٨-٢٤-٤٨ ساعة .

والتهابات المثكلة هذه عقيمة لا جراثيم فيها .

هذا هو مشهد التهاب المثكلة الرابع الذي وصفه ديولا فوا ولا ينسأه الطبيب ابداً بعد ان يراه ولو مرة واحدة لان اثره ينطبع في مخيلته . وقد يسير المرض سيراً سريعاً للغاية حتى ان الوقت لا ينفسخ للتوسط الجراحي بل يموت المريض فيذهب في سبب موته مذاهب متنوعة . وقد وصف بعضهم الشكل الطبي الشرعي من التهاب المثكلة الحاد النزفي وما هو الا سكتة معشكية حقيقية .

ولربما دعي الطبيب الى مريض فرأى فيه مشهداً يقارب المشهد السابق وهذا نادر : ألم سرسوفي كأنه ضربة الخنجر ، فواق ، قيء ، علامات صدمة شديدة ، حرارة متفاوتة الارتفاع ربما تكون قد تقدمتها عرواء ، تقفع جدار البطن واضح فوق السرة ووراءه كتلة عميقة منتشرة .

وبعد فتح البطن ترشد الاعراض الجراح الى البوءرة المعشكلة حيث يرى انصباباً دموياً متعفناً فيه بعض قطع مائتة من الغدة وهذا هو التهاب المعشكلة المتقيح متى كانت الجراثيم المقيحة العادية سببه او التهاب المعشكلة المتغير متى كانت الجراثيم اللاهوائية سببه . ولا حاجة على ما ارى الى ذكر خطر هذه الحالات التي تسوق المريض الى الموت بالتهاب الخلب او تعفن الدم .

يستنتج اذن ان التهابات المعشكلة الحادة نوعان ، الالتهاب النزفي والالتهاب المتقيح وان الالية في كليهما واحدة وهي موات المعشكلة الذي يظهر واضحاً في مشهد الالتهاب النزفي كما ذكرنا وهو موات لا جرثومي له اشكال سريرية عديدة تابعة لاتساع الافة منذ الشكل الممت بعد بضع ساعات حتى الشكل الخفيف الذي يتصف بألم سرسوفي خفيف ومنها الانصباب الدموي المتكيس الذي يجب تمييزه عن اكياس المعشكلة .

ومتى تعفنت الافة كان التهاب المعشكلة المتقيح وفيه اشكال ايضا منذ النوع الحاد او الفائق الحدة الذي يمت بسرعة حتى النوع البطيء الذي يفضي اخيراً الى خراجة محدودة .

هذه هي النظرية الحاضرة . غير ان بعض المؤلفين يفصلون فصلاً واضحاً التهابات المعشكلة النزفية اللاجرثومية عن التهاباتها المتقيحة . كما ان البعض الاخر

يعدُّ الالتهابات الثانية نوعاً من الاولى ومنهم من يقول ان الموات سبب التعفن في كلتا الحالتين . فهذا التباين في الاراء دليل على ان الحدود التي تفصل الموات الحاد اللاجراثومي المتصف بالنزف وبتقع الشمع عن الالتهاب المتقيح او المتغفر ليست واضحة .

والامر الذي لا شك فيه هو كون الافة خطيرة في كلتا الحالتين ولعلها اقل خطراً في التهابات المعشكلة المتقيحة لانها ليست سوى عرقلة لثوبة التهاب نزفي فائق الحدة غير ان الذين يعالجون معالجة جراحية وبدون تاخر ليس شفاؤهم حقيقياً لانهم قد يموتون ولو كان الجيب قد حفظ تحفيضاً جيداً بالذنف المتزايد .

ترى بالمعانة النسيجية بعد هجمة التهاب المعشكلة النزفي ثلاثة اشياء :
النزف والموات (حيث الجزر المائتة السنجابية المصفرة تباين البؤر النزفية) وموات النسيج الشحمي . وهذا الموات الاخير يعقب النزف لانه يبدو بعد ظهور الافة بست عشرة ساعة ويتصف بتقع المعشكلة والثرين الكبير والصغير وسطح المعدة ومعلقة الكولون والمساريقا الخ اعني حيث تكون خلايا شحمية .
قلنا ان العامل الاساسي هو الموات الذي يحدث اولاً نزوفاً (وان معرفتنا للحلقة الشريانية ولطرز تشعب الاوعية في العضو يعمل لنا اهمية هذا العرض) ثم الموات الشحمي .

ولكن ما هو سبب هذا الموات ؟ ان هناك فكرتين لتعليل هذا الحادث :
١ - الفكرة الوعائية بانسداد اوردة المعشكلة غير ان الانسداد وحده لا يكفي ولا بد من اثراك عصارة المعشكلة في الامر لتعليل الانهضام

الناقي الذي يصيب هذه الغدة .

٢ - الفكرة القنوية (théorie canaliculaire) بدخول الصفراء

في القنوات .

بين بروك وموازروه بعد ان اوحى دالبه اليهم هذا الامر ان احداث جميع الاشكال التي تشاهد في السريريات مستطاع في الحيوان بعد حقنه بالصفراء .

على ان تكون المشكلة في زمن الافراز اي محضرة بطعام سابق . فالصفراء التي تحقن بها الانابيب المفرغة تشط في هذه الحالات خمائر العصارة المشكلة ولا سيما الهضمين الثلاثي (tripsine) الذي لا يهضم المشكلة في الحالة الطبيعية .

والمنشط الطبيعي للهضمين الثلاثي هو الخميرة المعدية (entérokinase)

في عصارة الامعاء غير ان خمائر اخرى منها خمائر راجيبات (bactéries) الكريات البيضاء تصنف بالصفات نفسها .

فالتجزؤ الخلوي الذي يحدث بلامسة الصفراء يفضي الى تكوين خميرة

خلوية (cytokinase) فينجم من هذا نشاط معتنف (indirecte) في مولد الهضمين

الثلاثي (tripsinogène) .

وبينا الهضمين الثلاثي يهضم نظائر الاح (albuminoïdes) نرى عصارة

الم مشكلة المنشطة قد خرجت خارج الغنسات الغدية وهضمت الغدة ووصلت الى

النسيج الشحمي حول المشكلة فتهب الخميرة الشحمية (lipase) بلامستها لها

حينئذ الى العمل وتجزؤ الشحوم صانعة منها صابوناً غير ذواب يجمع عقيدات

بيضاء كانه بقع شمع .

هذا هو إمرض (pathogénie) هذه الحوادث: فالصفراء هي التي تحدث تنخراً مبدئياً .

وليس لخميرة المشكلة الثالثة نغني بها خميرة النشا (amylase) أقل دور في هذا التجزؤ .

ولكن كيف تصل الصفراء الى المشكلة ؟

كثيراً ما يشترك في السريريات رمل المرارة او القناة الجامعة مع التهاب المشكلة . لان حصاة تدخل مجل فاتر او ضغطاً شديداً مؤقتاً يحدث في مجاري الصفراء يكفي لاعادة الصفراء الى المشكلة وكذلك القول في تشنج عاصرة اودي (Oddi) الصادر من المرارة فانه يفضي الى النتيجة نفسها . وربما أصيبت هذه العاصرة بنهي فعاد محتوي الاثني عشري بتأثير انضغاطه الشديد في ذلك المعى حين القيء او لركوده فقط بقناة ويرشع (Wirsung) او بالأحرى بقناة سنتوريني (Santorini) التي لا عاصرة لها .

واذا كان للجراثيم فعل مساعد على حدوث هذه الآفة فليس وجودها امراً واجباً .

وقد دلّ الاختبار انه لا بد من التفكير قبل كل شيء بالمصدر الصفراوي (وذلك في نصف الحوادث) فاذا لم يكن رمل صفراوي وجب الالتفات الى المصدر المعوي (التهاب الاثني عشري مع تشنجه وعودة السائل) واذا لم يكن شيء من هذا قبل المصدر الوعائي (التهاب الوريد مع خثرة او صمامة) او التعفن ومهما يكن فان تنشيط الهضمين الثلاثي الذي لا بد منه في حدوث هذه الآفات ينجم من خميرة خلوية منشأها بؤرة تنخر او من خمائر كائنة في الجراثيم او

الكريات البيضاء .

وقد يكون التنخر منذ بدئه منتشرًا عامًا فينجم منه الموت، أو يتغلب النزف فيه فينجم منه انصباب دموي متكيس . أو يسير عامل التنخر هذا فيكون نواة التهاب معكلة مزمنًا فقط قد تنجم منه في المستقبل نوبة التهاب معكلة حاد أو سبباً في التهاب المعكلة المتقيح أو المتفغر .

والعوامل التي تسبب الموت هي تظاهرات صدمة عصبية (الضفيرة البطنية المعوية) (plexus coeliaque) أو صدمة تسممية ناجمة من تجزؤ خلايا المعكلة .

يقول بروك وبينه : ان التهاب المعكلة النزفي هو انهضام ذاتي اذا نظرنا الى سببه وتسمم ذاتي اذا نظرنا الى نتائجه . وهناك مبدأ آخر يعلل به الامر وهو الصدمة التوأمية (anaphylactique) .

ومتي انفسح الوقت لاستجواب المريض جيداً او متى استقيت من اهله المعلومات الكافية عرف ان النوبة الحالية قد تقدمتها فيما مضى سلسلة من النوب الخفيفة المؤلمة . وكل نوبة كانت تناسب خروج كمية قليلة من عصارة الغدة فيعود المريض بعد هذه النوب المتتابة محسناً حتى اذا جاءته هجمة جديدة احدثت فيه التهاب المعكلة النزفي .

التشخيص : قلت آنفاً ان تشخيص التهاب المعكلة الحاد مستصعب جداً لان الطبيب قلما يفكر في المعكلة ولان المشهد السريري يلتبس بسهولة بمشهد امراض بطنية اخرى . وقد ذكرت منها انبثاق القرحة او انسداد الامعاء الحاد واضيف الان انتقاب المرارة والتهاب الذيل الدودي الحاد وخثرة

الاولعية الماساريقية .

غير ان التقفع في الناحية الشرسوفية هو القاعدة المطردة في انتقاب القرحة اما في التهاب المعشكلة فان تطبل هذه الناحية مشترك ولا نسيا في البدء مع لسان البطن لساناً نسبياً . ولا يصادف هذا البطن الحشبي الذي نراه في التهاب الخلب ويسرع النبض وتعلو الحرارة سريعاً في التعفن اما في التهاب المعشكلة النزفي فتكون حالتها كما في التسمم فالنبض يكون اولاً هادئاً ولا يسرع ولا يصغر الا بعد بضع ساعات والحرارة تبقى طبيعية او تنخفض وقلاً يكون الألم مستقرّاً في نقطة معينة فهو ينتشر الى الضفيرة البطنية المعوية جميعها . وسوابق المريض تدل على انه مصاب بافة كبدية لا معوية .

وفي انسداد الامعاء يقف جريان الغائط والغازات اما في التهاب المعشكلة فليس وقوفها امراً متحتماً لان خروج الغازات مستطاع وسهل بعد استعمال وسائط بسيطة (كالخفن الشرجية وسوى ذلك)

ويبقى التطبل منحصراً في الناحية الشرسوفية والألم الرامح مستمرّاً غير متقطع في التهاب المعشكلة اما في انسداد الامعاء فهو يأتي متقطعاً كالتقولنج . وخثرة الاولعية الماساريقية تشابه كثيراً التهاب المعشكلة فالألم شديد فيها لا يسكنه المورفين غير ان بدءها ليس فجائياً وشديداً ومقر الألم فيها حول السرة لا في الناحية الشرسوفية دون انتشار الى الحفر القطنية .

ولا يلبث التغوط المدمم في الحالات التي لا تشد عن القاعدة ان يظهر فيدل على التشوشات الدورانية التي ظرات على الامعاء بسبب الخثرة .

ومتى كان التهاب المعشكلة النزفي خفيف الحدة او متى كان متقيحاً و بطيئاً وجب

تميزه عن الاورام فان انصباب الدم قد يبرز بين المعدة والكبد او بينها وبين الكولون كما يبرز الورم المتقيح . فنفخ المعدة والكولون كافٍ لاثبات المقر العميق فمتى برز الورم في الاسفل تحت الكولون المعترض كان جسده وقرعه مباشرة ممكنين تحت الجدار .

ويندران ينساب الخراج تحت الحجاب او ان يبرز في الناحية القطنية فيحمل على الظن بخراج حول الكلية .

ومتى كان التهاب المثكلة مزمنًا اعتمد في التشخيص على استقرار الألم في الناحية المثكلية الجامعة لشوفار او في نقطة ديجاردن على الخط السري الابطي غير انه لا بد من الاعتداد بالتبدلات التشريحية في الاشخاص . ويعد دالبه النبضات الشرسوفية وهي نبضات الوتين التي تنقلها خلافاً للطبيعة معشكلة مرشحة علامة خاصة بالتهاب المثكلة متى قرنت هذه العلامة بقر الألم وبالعلامات العامة الدالة على قصور المثكلة : القمه والزال .

ومهما يكن فالامر المهم الذي يعبأ به في الانواع الحادة هو التوسط الجراحي العاجل ومعرفة الآفات التي تسوق الجراح الى المثكلة وليس التشخيص نفسه . ومتى كان النوع جرثومياً يجب كشف البؤرة المثكلية باخضر طريق وتحفيضها بعد فتح الوريقة المصلية التي تغطيها دون اقل عنف لئلا يطرأ نزف خطر .

. وقبل ان يغلق البطن يستحسن الاستقصاء السريع في مجاري الصفراء مع تأجيل التوسط الثانوي الى حين آخر اذا كان ضرورياً منعاً للنكس (كاستئصال المرارة او خزع القناة الجامعة متى كان رمل او اجراء عمل جراحي على المعدة

متى كانت هي السبب) .

والشفاء متعلق بمتانة الشخص وشدة التسمم ومعدل الموت ٧٠ - ٨٠ بالمائة في الانواع الشديدة السمية وفي السامين الشحيمة قلوبهم .
وفي الانواع المتقيحة تكشف البؤرة بالطريق الامامي وتحفض باحافض
او ذبائل او ميكوليز .

المعالجة : متى شخص المرض كانت المعالجة جراحية ليس غير وبعد اجراء العملية يستحسن ان توقف المثكلة عن الافراز باعطاء جرعات صغيرة من اللقاح او اللقاحين (اترويين) او بتعديل حموضة عصير المعدة بفحماة الصوده (لان مرور العصارة الحامضة الى الاثني عشري يدعو المثكلة الى الافراز) واذا لم يمت المريض وتكون ناسور جفف بالوسائط نفسها المشتركة مع الكي او الاشعة المجهولة . واذا لم تجد هذه المعالجة نفعا جرب قطع المجرى الليفي غير ان هذه العملية خطيرة ومعقدة او جربت مفاخرتها بقطعة من الامعاء .

ويستدعي التهاب المثكلة المزمن تحرير المجاري الصفراوية المنضغطة او مفاخرة هذه المجاري بالامعاء او المعدة لكي يسهل انصباب الصفراء في انبوب الحضم .

هذه هي الامور التي قد يصادفها الطبيب عن المثكلة والتهاباتها في اثناء ممارسته



جراحة الامعاء

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

سندكر في هذا البحث بايجاز التوسطات المتنوعة التي تجري على الامعاء الدقيقة والغليظة ميينين استطبائاتها وموردين القواعد التي تسير عليها هذه الجراحة .
شق الامعاء (entérotomie) هو شق عروة معوية دقيقة لاستخراج جسم اجنبي منها . والاجسام الاجنبية عديدة منها المسار او الدبوس الذي يتلعه الاولاد ويتبع مسيره بالاشعة المجهولة حتى اذا وقف وجب نزعها لثلاث ثقب المعى فتخرج من الانتقاب عراقيل لا تحمد عقباها لان وقوفه دليل على انه غارز بالجدار . ومنها حصاة الصفراء التي تسبب الانسداد غيرانه لا بد من تحريك الحصاة وجريها الى ابعد من النقطة المتشنجة اي من مقر الانسداد لكي تستطاع خياطة الامعاء في مكان سليم . اذن يخزع المعى وبعد ان يستخرج منه الجسم الاجنبي تحاط العروة .

خزع المعى (stomie): واذا لم يكن اغلاق الشق مستطاعاً او اذا قضت بعض الشروط كما في الانسداد الحاد ببقاء الشق تثبت العروة المفتحة بالجلد فتكون فوهة تنفرغ منها المواد والغازات ريثما تكون قد عادت للمريض قواه فيفتح بطنه وينزع المائق . وهذه الفوهة التي تفتح في الغالب على القطعة الاخيرة من الدقاق (خزع الدقاق (iléostomie) تكون ضيقة ما امكن اجتناباً للغواء السربع الذي يصيب الشخص وتسهلاً للترمم المقبل الذي يجب ان يكون

سريعاً ومنسداً فوراً وعلى الجراح ان يقصر المدة ما أمكنه وان يضع بعد شق المعى مسبار نالاتون و يضيق الفوهة عليه فتبدأ المواد بالانصباب من المسبار ولا تتلوث ادوات التضميد ويتخرش الجلد بالمفرزات .

خزع الصائم (jejunostomie) : يخزع الصائم متى كان سرطان شامل في المعدة او حرق متسع في الاقسام العليا من انبوب المضغ والغاية منه ادخال مسبار لتغذية المريض به في العروة الاولى من الصائم .

قطع الامعاء (enterectomy) : ومتى اصيب قسم كبير من الامعاء بالموات كما في الفتوق المحتقة او الجروح الواسعة والعديدة التي لا نستطاع خياطتها دون ان تقضي الى تضيق او الاورام وجب قطع العروة المصابة .

يجر القسم المراد قطعه الى الخارج على فراش من الرفادات الواقية ويفرغ من محتوياته بعصره ويوضع مناقشان اسنانها لينة عند حدي القطع وبعيدين عنهما بضعة سنتيمترات تسهيلاً للخياطة المقبلة . ويوضع مناقشا كوهر عند حدي القطع تماماً و يقطع المعى عند هذين المناقشين الموضوعين عموداً على لمعة المعى او مائلين عليها لكي يكون القطع مبرياً وبريته في اتجاه الحافة الحرة من الامعاء . وهذا ما يضمن للقطعة إرواءً حسناً ونديبة سريعة فضلاً عن ان سطح القطع يكون اوسع ويتحاشى به ضيق المعى .

اما القطع المائل في اتجاه الحافة الماسارية فقد يؤدي الى موات الجذمورين وتقطع الزاوية الماسارية مع الانتباه ليكون قطعها اقل اتساعاً من قطع الامعاء بغية ان يكون إرواء المقاطع المعوية حسناً . وتربط الاوعية الماسارية التي قطعت في اثناء العمل الجراحي ثم يخاط طرف الامعاء الاول بالتباني وتخط

ايضاً شقنا الشق الماساريقي . اما الامعاء فتخاط وفقاً للظروف بأحدى هذه الطرق الثلاث : المفصرة الانتهاية الانتهاية او المفصرة الجانبية الانتهاية او الجانبية الجانبية . غير ان مفصرة الامعاء لا تجرى بعد القطع فقط بل يجب اجراؤها ايضاً بعد فتح البطن لانسداد معوي وتعذر ازالة العائق فتفاغر حينئذ الامعاء بعروة واقعة تحت العائق كما هو الامر في السرطان والسل وبعض التهابات الكولون الخطرة وهذا ما يسمى المفصرة المحولة لانها تحول مجرى المواد من الامعاء الدقيقة او الاعور الى السين الحرقفي مباشرة وتمنع مرورها بالاقسام المريضة .

وكنموذج لهذه المفصلات نقدم مفصرة الدقاق بالكولون (iléo transversostomie) او مفصرة الدقاق بالسين (iléo -sigmoidostomie) وتختار في هذه الحالة المفصرة الجانبية الجانبية . غير ان الغاية من هذه التحويلات لا يحصل عليها دائماً لان محتوى الامعاء الدقيقة لا يمر كله في السين فتتجمع من ذلك بعض العوارض المسببة من اجتياز المواد للكولون او من ازدحامها فيه . ويظهر ان مفصرة الاعور بالسين (cæco - sigmoidostomie) هي احسن واسطة في الركود المزمّن لانها تحفض الكولون الايمن نحو المستقيم وتلطف وظيفة الكولون دون ان تحذفها لان لهذه الوظيفة اهمية كبيرة . وانما لم يكن بد من منع مرور المواد في قطعة معينة من الامعاء الغليظة يجب حذف هذه القطعة بتحويل مجرى المواد عنها حسب طريقة لان (Lane) في الركود المعوي المزمّن . تقطع العروة الاخيرة من الدقاق ويسد طرفها السفلي ويفاغر طرفها العلوي بالسين الحرقفي مفصرة انتهاية جانبية وهي اسهل اجراء وتعادل من جهة الوظيفة المفصرة الانتهاية الانتهاية . غير ان هذا الحذف من جانب واحد لا يخلو من المحاذير لان محتوى الامعاء قد يعود

للكولون الى ما فوق المغامرة حتى الى الاعور فيجب اذا اجتناباً لهذا المحذور ان نقطع العروة المراد حذفها من طرفيها وهذا ما نسميه الحذف المزدوج فيترك احد طرفيها بعد خياطته في جوف البطن ويخاط طرفها الاخر بالجلد واذا كانت العروة منسرة او اذا فتحت وخيطة بالجلد جاز اغلاق طرفي العروة وتركهما في جوف البطن .

ومتى تعذر استئصال عروة مصابة بالسرطان والسل كان حذفها مفيداً للغاية لان الافة يخف سيرها ويبطىء متى لم تعد المواد تمر بها وتخرشها . ولعل هذا الحذف متى كانت الافة سليمة كما في سل الاعور يفضي الى تحسن الداء وخفته فتعود عملية الاستئصال التي كانت متعذرة في البدء ممكنة بعد حين .

ونفتح هذه الفوهات ايضاً في الامعاء الغليظة كخزاع الاعور (cœcostomie) وليس ذلك سوى نواشير يستطيع بها غسل الكولون في معالجة التهاباته المزمنة الخطرة او الحادة . وخزاع الاعور عملية ضرورية الاجراء ايضاً مفضلة على خزاع الدقاق في حالة الانسداد الحاد متى كان فتح البطن مستحيلاً وكان يصعب تعيين مقر العائق . يصنع حينئذ شرح اصطناعي مع الامل بسده بعد حين فيعود مجرى المواد الى الانتظام وتكون تلك الفوهة ككولب موقت يفتح لمكافحة الحالة الخطرة الحادة .

ولكن اذا كان المراد اجتناب عوارض انسداد ممكن الحدوث او تضيق ورمي او نديبي اصاب الشرج واذا كانت الغاية تحويل مجرى المواد تحويلاً تاماً الى الخارج تحاشياً للتخريش الذي تحدثه في الامعاء يجب صنع شرح مضاد للطبيعة على الاعور او الكولون المعارض او الكولون الحرقفي حسب الحالات

سواء اعلى الخط النصفى او في احدى الحفرتين الحرقفتين وهذا ما يدعو الى فتح شرج حرقفي ايسر في الوليد الذي لا يرى محل مستقيمه .

ومنعاً للمواد الغائطة عن المرور من الطرف العلوي للعروة المفتوحة والمثبتة بالجلد الى طرفها السفلي يجب ايجاد ما نسميه المهاز . فالشرح الاصطناعي اذن على نوعين الشرح بدون مهاز وهو ما تكلمنا عنه حتى الان والشرح مع مهاز وهذا الشرح اما ان يكون مؤقتاً او دائماً . فالموقت يصنع متى كان التهاب المستقيم او تضيق التهابي او ورم سرطاني فيه يستدعي الاستئصال وترميم فوهة الشرج كما كانت بعد حين .

والشرح الثابت متى كانت القطعة السفلى من الامعاء قد استئصلت ولا سبيل الى ترميمها او متى كان سرطان المستقيم لا يستطيع استئصاله . ولذا ذكر الجراح دائماً انبوب بولس الذي هو للكلون بمثابة مسبار نالاتون للامعاء الدقيقة تثبيت الكلون (colopexie) هو تثبيت قطعة من الامعاء الغليظة كانت متحركة تحركاً غير طبيعي .

فاذا وقعت العملية على ناحية الاعور سميت تثبيت الاعور (typhloplexie) واذا كانت حذاء الكلون الايمن او الزاوية الكبدية سميت تثبيت الزاوية (colopexie en équerre) ويستعمل في بعض حالات هبوط المستقيم تثبيت الكلون الحوضي .

قطع الكلون (colectomie) هو استئصال قطعة من الامعاء الغليظة او ازالتها جميعها فقطع الكلون اذن نوعان قطع قسسي وقطع تام .
فالقطة التام يجري في سرطان الكلون والركود المعوي المزمن والتهابات

الكولون الخطرة وتوسعات الكولون فيقطع الكولون كله عند الكولون الحوضي الذي يفاغر به الدقاق . وهذه العملية قليل اجراءها وخطرة نتائجها . لان الكولون ليس من الاعضاء التي يستطيع استئصالها بدون ضرر . فهو لا بد منه لانقلاب المواد السائلة مواد صلبة ولاحتواء الغازات ولهذا تنقلب الامعاء الدقيقة كولاتا غير انها قبل ان تصل الى ذلك الحد وقبل ان يتم هذا الانقلاب تعترى المريض اسهالات شديدة ٣٥ - ٥٠ مرة في اليوم وقولنجات ناجمة من توسيع الغازات للامعاء والالام شديدة وما ذلك الا لان الامعاء الدقيقة لم تخلق للتوسع فتمتى طراً عليها ذلك قاومت الامر فكان الالم .

لهذا يجب ترك قطعة من الكولون دائماً لكي تقوم هي بهذا الدور . والابقاء على الاعور اي اجراء قطع الكولون تحت الاعور حسب طريقة لاردينوا) يستدرك ترمم الكيس الذي تحرك فيه المواد وتمتص ترمماً تدريجياً . وتجنّب النتيجة نفسها بالمفاغرة الجانبية الجانبية التي تترك رتجاً كولونياً معداً للتوسع . ولنذكر دائماً ان لمصرع بوهن دوراً لا يستهان به فهو الذي يمنع عودة الغازات الى الامعاء الدقيقة فيجب الاحتفاظ به .

القطع القسي : يجب ان يميز فيه الكولون الايمن عن الكولون الايسر . فالكولون الايمن نعني به الكولون الصاعد جميعه والكولون المعترض حتى ثلثه الاخير والكولون الايسر هو الثلث الاخير من الكولون المعترض وما بقي من الكولون حتى المستقيم .

ومن الكولون ما هو متحرك (كالكولون المعترض والكولون الحوضي) ومنه ما هو ثابت (كالكولون الايمن حتى الكولون الايسر) فيجب تحريكه

قبل اي توسط جراحي .

ومحتوى الكولون الايمن السائل بغض السيلان ليس ساما كمحتوى الكولون الايسر الجامد . واورام الكولون الايمن هي في الغالب اورام جسيمة نخاعية الشكل (encephaloïdes) غير انها غير مضيقة واورام الكولون الايسر هي سرطانات خيطية سادة يتوسط فيها المكافحة الانسداد . ولهذا يستطيع استئصال سل الدقاق والاعور وسرطانات الكولون الايمن في زمن واحد واما اورام الكولون الايسر فيستحسن فيها على العكس الاستئصال جزءاً جزءاً في ازمدة عديدة .

قطع نصف الكولون الايمن (hemicolecomie droite) معناه استئصال الاعور والكولون الصاعد والزاوية تحت الكبد ومكان القطع يقع على نهاية الدقاق والكولون المعترض وتتم العملية باجراء مفاغرة الدقاق بالكولون المعترض .

ومسألة العقد البلغمية امر اساسي فهي تصاب في اليمين قبل اليسار واصابتها تعيد استئصال السرطان ممكناً او متعذراً .

فمتى كان انسداد حاد او انسداد خفيف ناقص يجب دائماً اجراء شرج محول (دوفال) والشرج الاعوري افضل لان ترميمه سهل . ان هؤلاء المرضى يكونون غالباً مصابين بتسمم ووظائف اكبادهم وكلاهم مختلفة فاذا ما فتحت لهم هذه الفوهة خف تسممهم ومتى مرت عليهم ١٢ - ١٥ - ١٨ يوماً وتحسنت حالتهم العامة يستأصل الكولون . فتخرج العروة من الشق البطني وتشد الى الخارج ما امكن بعد ان تكون قد عوئت بالشفوف الشرايين الكولونية والعقد البلغمية فاذا كان الرباط قصيراً يحرر الكولون بفك ما خلف الرباط وتخرج

العروة كلها وقسم كبير من الرباط وتسند قطعة الكولون العليا الى السفلى وتثبتان بالجلد والطرق في تثبيتها تختلف باختلاف الجراحين ثم تقطع العروة المستخرجة في الوقت نفسه او بعد ثمانية ايام . ويجوز وضع انبوب بولس في طرف الامعاء العلوي بقصد التحويل .

وينجم من اسناد طرفي الكولون احدهما الى الاخر كمدفعي البندقية مهماز ينجى بعد حين ليعود مجرى المواد الى ما كان عليه وطريقة محوه تتم بخزع المعى او بقطع طرفي الكولون بعد فتح البطن .

وتختلف النتائج جداً بين ان يكون التوسط واقعا على الكولون الايمن أو الايسر . فالوفيات في قطع الكولون الايمن لا تتجاوز ١٠ - ١١ بالمائة (دوفال) ونتائجه البعيدة حسنة جداً غير ان جراحة الكولون النازل والزاوية الطحالية التي يصعب تحريكها خطيرة جداً ونتائجها البعيدة اقل حسناً مما هي عليه في اليسار .

والطرق الجراحية المشار بها عديدة وهذا دليل على صعوبة الامر . ومهما يكن فلا بد في اليسار من اجراء العملية بازملة عديدة .

وذلك باجراء ١ - التحويل ٢ - الاستخراج ٣ - القطع ٤ - اعادة المواد الى مجراها الطبيعي . فاذا ما روعيت هذه الشروط نجح كثير من المرضى واذا ما اجريت عملياتهم في زمن واحد ماتوا والامر المتغلب في جراحة الامعاء ولا سيما الكولون هو الخشية من تفكك الغرز .

ولنذكر دائماً القاعدتين الكبيرتين في جراحة انبوب الهضم ١ - صنع غرز متقنة ٢ - اجراء العملية خارج البطن

ويسهل اتباع هاتين القاعدتين متى اجريت العملية على الامعاء الدقيقة ولا سيما في قسمها المتوسط . لان جذرها كثيفة ولان الغرزة المصلية لا تكون نافذة ولان جميع اقسامها مغطاة بالخلب ولان محتواها اقل سمية ولانها عالقة بالماسا ريقا ولان العرى يسهل استخراجها .

ولكن الامر ليس كذلك في الامعاء الغليظة فالخياطة مستصعبة لان جذرها رقيقة ولان الغرز المصلية قد تكون نافذة ولهذا يشار بانتقاء شريحة مستطيلة حيث يكون الجدار بالغاً اقصى كثافته لاجداث فوهة انتهائية جانبية . وجدر الامعاء الدقيقة قليل ارواؤها ولهذا كانت القاعدة ان يقطع ويخاط حذاء شعبة انتهائية من الشعب الشريانية .

وهذه الجدر مرصعة بزوائد ثرية تزعج انتظام الغرز فيجب قطعها واقتلاع الثرب الكبير اذا قضت الضرورة . والقسم المناسب لارتكاز الرباط معري من الخلب . ومحتوى الكولون شديد السمية ولهذا يبدو التهاب الخلب متأخراً بعد هذه العمليات مهما اتقن اجراؤها وكثيراً ما يظهر الالتهاب موضعياً وبدون قرقة ويكون مسبباً من الجرائم اللاهوائية فيفضي الى موت المצועين .

فيجب والحالة هذه ان تضبط الامعاء الغليظة جيداً بالمناقش قبل القطع وان تطهر المقاطع بالكحول وصبغة اليود او المكواة النارية ونخاط خياطة متقنة:
١ - الطبقة المخاطية المخاطية ٢ - الطبقة العضلية المصلية ٣ - الطبقة المصلية المصلية .

ولنذكر ان الكولونين الايمن والايسر ثابتان بالجدار الخلفي وان تحريكهما

واستخراجهما الى خارج البطن يستدعي اقتلاعات واسعة نفتح النسيج الخلوي خلف الخلب وتوجب وقاية ساحة العملية وقاية حسنة .

فكل ما تقدم من الاسباب ولا سيما سمية محتوى الامعاء الغليظة دعت الجراحين الى اجراء عملياتهم بازمنة عديدة . لان هذه الكولونات المتوسعة توسعاً متفاوت الدرجات فوق الورم والمنقبضة تحته والممتلئة بمواد شديدة السمية تتعسر الجراحة فيها لان نسيجها متوذم تصعب خياطته وقد يتمزق في الوراء في قسمه العاري من الخلب فيصعب ترميمه . فاذا ما حول مجرى المواد اولاً زال الركود واذا ما خرجت العروة خارجاً قطعت خارج الخلب .

وقوام المواد المحتواة في الكولون له شأنه في انتخاب الطريقة الجراحية . ففي بعض الحالات التي تستدعي السرعة ربما فضل الجراح المفاغرة بالزرع على الخياطة وهي طريقة يتقنها في الكولون الايسر الانسداد الذي يدعو الجراح الى عملية جديدة . ولهذا السبب تفضل المفاغرة الانتهائية الانتهائية او الانتهائية الجانبية على الجانبية الجانبية لان هذه ليست ملائمة لجرى ان المواد الصلبة .

فالقواعد التي تستند اليها جراحة الامعاء هي اذن واحدة في الامعاء الدقيقة والغليظة غير ان الشروط التشريحية والخلقية (الفسيولوجية) في هذه القطعة الاخيرة من الامعاء تعيد جراحتها اصعب ونتائجها الجراحية اقل حسناً



مطبوعات حديثة

اطروحة الحكيم انتاس شاهين
« نواسير العنق الولادية النصفية »

اهدى الينا زميلنا الفاضل الحكيم انتاس شاهين اطروحة القيمة الباحثة في نواسير العنق الولادية النصفية التي وضعها لنيل شهادته الطبية من جامعة بار يز فشكرنا له هديته هذه الثمينة وبعد ان طالعتها ورأينا ان الموضوع الذي عولج فيها موضوع مفيد يجدر بالقراء الكرام الوقوف عليه سألناه ان ينقل الى العربية هذه الاطروحة لننشرها له على صفحات مجلتنا عوضاً عن ان نأتي على خلاصتها ففعل . والحكيم انتاس من خريجي معهدنا الطبي النابغين نال شهادته من دمشق ثم قصد الى بار يزللتخصص فرغب في ان يحرز الشهادة الطبية من جامعتها ايضا فانكب على العمل ونال امنيته وقد عاد الى دمشق بعد ان تخصص بامراض الانف والحنجرة والاذن وجراحة الوجه فتحن نهئته بعودته السعيدة سائلين له طيب الإقامة بيننا

« المجلة »

توطئة

العنق كالوجه موضع تشوشات كثيرة سببها تعقد الادوار التي تبغتهاها هذه النواحي في نموها ولا سيما دور تكون الجهاز الغلصمي ومشتقاته كالغدة الدرقية والثوتة (الغدة السعترية) . فالنغلفات البشرية في قعر الاتلام الغلصمية او بقاء بعض اجزاء هذه الاتلام بعد اكتمال النمو على ما كانت عليه او تشعب بقايا الغدة الدرقية تشعباً شاذاً كل هذا سبب في افات العنق الولادية .

اذكر من جملة هذه التشوهات ايكاس العنق الولادية التي تصادف كثيراً في ناحية العنق . وهي على قسمين : قسم منها كثير الجيوب ليس فيه بشرة تغطيه بل تغطي جدره طبقة من الخلايا المسطحة فهذه الاورام التي نعدّها تشريحياً اوراماً وعائية كيسية يؤلف مجموعها الايكاس المضلّة الولادية .

والقسم الثاني هو ايكاس تمتاز باحتوائها على اغشية باطنة بشريّة ذات خلايا رصفية مطبقة أو اسطوانية . وهذا النوع يدعى الايكاس الغلصمية مع ان بعضها ليس ذا منشأ غلصمي . وتدعى ايضاً الايكاس نظيرة الجلد ونظيرة المخاط وتقرب من هذه الايكاس النواشير الخلقية التي لها علاقة قوية بها .

ومن جملة هذه النواشير نوع يمتاز عن البقية بمنشأه وصعوبة معالجته . ولكن لا بد لنا قبل البحث فيه من الاتيان على ذكر شيء مجمل عن بقية نواشير العنق لكي نتمكن من اعطاء هذا البحث حقه من الوضوح .

لقد قسم البعض نواشير العنق بحسب موقعها الى نواشير جانبية ونواشير نصفية واخذ بعضهم العظم اللامي اساساً لتصنيفها وقسمها الى قسمين : النواشير الواقعة فوق هذا العظم والنواشير الواقعة تحته وأتبع في تصنيف هذه الاخيرة الطريقة الاولى فقسمها الى جانبية ونصفية .

وقد وصف بعضهم في سنة ١٩٢٠ نوعاً خاصاً من هذه النواشير الخلقية دعاه النواشير النصفية السطحية او النواشير التقنية القصية .

فاذا راعينا جميع هذه الفوارق واسباب هذه النواشير قسمناها هذه الافات ثلاثة

اقسام مختلفة معتمدين في تقسيمنا هذا على موقع الناسور التشريحي واسبابه المضغية:

١ - النواشير الجانبية ذات المنشأ الغلصني

٢ - النواشير النصفية العميقة الناشئة من قناة هيس الدرقية
اللسانية المتوسطة .

٣ - النواشير النصفية السطحية الناشئة من تغلف الوريقة الظاهرة في
ناحية الذقن .

فأخر هذه الاقسام اي النواشير النصفية السطحية تصادف دائماً على الخط
المتوسط الامامي للعنق . وتكون سطحية لا علاقة لها بصفاق العنق الواقعة تحتها
وهي نواشير مستطيلة ترتبط بالذقن وقبضة القص باسطوانة ليفية مفتوحة في
الامام عند منتصفها . ولهذا القسم المفتوح شكل سطح دائم الافراز او سطح
ندبي . وتحدث هذه الاسطوانة في مكان ارتكازها تحولات ثابتة في شكل العظم
اما النواشير الجانبية ذات المنشأ الغلصني فقد تصادف احياناً في محارة
الاذن وتكون حينئذ عموراً خارجية قليلة العمق . وهذا النوع من النواشير مع
جميع الانواع التي تقع فوق العظم اللامي يصادف قليلاً . اما النوع الكثير
الوقوع فهو النواشير الجانبية تحت اللامي . وهذه الاخيرة متى كانت تامة تمتد
من البلعوم الى القسم الامامي من العنق . ولها فوهة جلدية ضيقة جداً لا تكاد
تري تصادف دائماً حذاء الحافة الامامية للعضلة القصية الترقوية الحشائية .
وفوق هذه الفوهة بقليل يتوسع مجرى الناسور فجأة اخذاً شكلاً انبوبياً بحجم
ريشة الاوز ويخترق صفاق العنق السطحي ويتجه الى العظم اللامي مؤلفاً مع
العضلة القصية الترقوية الحشائية زاوية حادة . وكلما اقترب هذا المجرى من

العظم اللامي ازداد عمقه . وبعد مسير قليل يمر تحت هذا العظم ويمتاز طبقة العاصرات وينتهي في البلعوم بفوهة باطنة تقع في الحفرة اللوزية .

وقد يعترى هذا الوصف في جميع اقسامه تغيرات كثيرة . فقد يكون الناسور تاماً او ناقصاً وهذا الشكل اما ان يكون اعور خارجياً او باطنياً . اما اسباب هذه النواسير الجانبية وطريقة تكونها فقد وصفها وصفا دقيقا العالمان كونستامكي وميليكى . فالقسم الباطن من الناسور ينشأ من التلم الغلصمي الثاني الباطن الذي يمتد حتى الجيب العنقي الامامي ويسمى قناة رابل الغلصمية . ويثبت ذلك موقع الفوهة الباطنة في الناحية اللوزية ومجاورات مجرى الناسور فهذا الاخير يمر بين السباتين وفوق العصب اللساني البلعومي وتحت العصب الوجهي اي بين اوعية القوسين الغلصميتين الثانية والثالثة واعصابها .

اما القسم الخارجي من الناسور فينتج من عدم انغلاق الجيب العنقي الامامي ويكمل الناسور باتصال هذا الجيب بقعر قناة رابل الغلصمية .

وليس ما تقدم سوى وصف اجمالي للقسمين الاولين من نواسير العنق الخلقية فملينا الان ان نصف النواسير الناشئة من قناة هيس الدرقية اللسانية . فهذه وان لم يكن وقوع فوهتها الظاهرة ممكناً على مسافة قصيرة من الخط المتوسط مشاركةً بذلك النواسير الاخرى بمظاهرها تختلف باوصافها التشريحية واسبابها المضغية عنها كل الاختلاف .

النواسير النصفية

تشريحها المرضي — اوصافها الظاهرة . — لهذه النواسير النصفية العميقة

فوهة ظاهرة ومجرى وقلم يكون لها فوهة باطنة .

الفوهة الظاهرة - الموقع : قد تقع هذه التواسير في بعض الحالات النادرة متى كانت ولادية امام الحنجرة وفوق قبضة القص باربعة سنتمترات كما ذكر عدد من المؤلفين (هيتل وارودت ولوشكا وكولير وغيرهم) وترى احياناً امام الغضروف الحلقي كما في حادثة لاندلونج . وقد رآها هيتل مرة على يسار الخط المتوسط تحت العظم اللامي بقليل

وعندما يكون الناسور ناشئاً من انفتاح كيس خلقي وهذا هو الواقع عادة تقع الفوهة الظاهرة في اغلب الاحيان في المسافة الكائنة بين الغضروف الدرقي والعظم اللامي ونادراً تحت هذا المستوى .

وفي احدى مشاهدتنا التي تتبعناها وعالجناها في عيادة الاستاذ سبيلو في جامعة باريس وجدنا الفوهة الظاهرة على يمين الخط المتوسط وتحت العظم اللامي وفي المشاهدين الاولى والثانية اللتين سنأتي على ذكرهما كانت الفوهة الظاهرة واقعة في الخط المتوسط تماماً تبعا للقاعدة ولكن لكل قاعدة شذوذ وقد تقع هذه الفوهة احياناً في احد جانبي الخط النصفى غير مبتعدة عنه كثيراً .

شكل الفوهة واتساعها : متى كانت هذه التواسير ابتدائية (اي موجودة حين الولادة) يكون شكل فوهتها الظاهرة احياناً كشكل تلم عمودي او اقوي كما . في مشاهدات ارندت ولوشكا طوله سنتمتران وقد كان لهذه الفوهة في مشاهدة لاندلونج شكل انخفاض اقوي حافته العلوية مغطاة بشية جلدية .

اما في التواسير الثانوية فتأخذ الفوهة الظاهرة شكل ثقب منتظمة قليلة الاتساع . وتكون هذه الثقب متوارية في حفرة صغيرة او على العكس ظاهرة في قمة حدة صغيرة . وغالباً يكون الجلد المحاور لهذه الفوهة ذا شكل ندي .

المجرى --- ليس شكل المجرى في النواشير واحداً . وبما انها تكون غالباً ثانوية فيكون مجراها عمودياً متجهاً من الاسفل الى الأعلى نحو القسم المتوسط من العظم اللامي . وبما ان مكان انفتاح الكيس الخلقى لا يقع دائماً على الخط النصفى بل ينحرف عنه قليلاً كما هي الحال في احدى مشاهداتنا فيكون لمجرأ اتجاه مائل . اما طول هذا المجرى فيختلف باختلاف موقع الفوهة وبلغ طوله عادة سنتمتراً الى سنتمترين . وقد استطاع احياناً معرفة طول المجرى واتجاهه بقترة الناسور بمحراف دقيق .

ويسهل غالباً جس هذا المجرى فيظهر كجبل اسطواني صلب بحجم ريشة الغراب متجهاً نحو العظم اللامي . ويمر هذا الجبل تحت الوجه السفلى لهذا العظم مكوناً معه التصاقات اكثر ما يكون وجودها في وجهه الخلفى .

واحياناً يلتصق هذا المجرى بالغشاء الدرقي اللامي وينتهي هذا المجرى عادة خلف العظم اللامي واحياناً يمتد حتى الفوهة العوراء ماراً دائماً تحت العظم اللامي ومجتازاً الغشاء الدرقي اللامي .

الادواف النسيجية : للنواشير المتوسطة الثانوية جدار ذو نسيج ضام ليفي كثيف بعض الكشافة . تكسوه طبقة خلايا صغيرة شفافة مكعبة او مستطيلة مجهزة غالباً باهداب مهتزة .

وكثيراً ما تشتمل هذه النواشير على زوائد متفاوتة العمق . ولم يرَ . كورنيج في مشاهداته التسع سوى ناسور وحيد المجرى وفي اكثر مشاهداته الاخرى كان المجرى مزدوجاً وفي بعضها كان متشعباً ثلاث شعب او اربع وفي احداها كان كثير التفرع حتى انه شابه كثيراً شكل الغدد . ولمعة هذه الشعب

اضيق جداً من لعة المجرى الرئيس . ومتى فحصت عدة مقاطعاً من هذا المجرى ظهرت الشعب وعرف انها ليست سوى استطالات ردية ناشئة من المجرى الرئيس . وينفصل كل رذب عن الآخر بغلاف ليفي النسيج وتبطن هذه الجيوب طبقة خلايا لها ما لخلايا المجرى الرئيس من الصفات المخهرية .

وقد زعم فيدورا انه وجد في جدران هذه النواوير خلايا درقية وشاهد الجراخ فو حويصلات درقية في ناسور خلقي نصفي واما نحن فقد شاهدنا نسيجاً درقياً في القسم تحت اللامي من مجرى ناسور نصفي خلقي (المشاهدة الثانية)
الامراض : ان امراض هذه النواوير النصفية يختلف كل الاختلاف عن امراض النواوير الجانبية . وتسهلاً لمعرفةا نبدأ بسررد بعض النقاط الهامة في نمو الغدة الدرقية .

ان تحريات بورن (١٨٨٣) في مضغة الخنزير التي ايدتها ابحاث هيس (١٨٨٥) في مضغة الانسان اظهرت ثلاثة مناشيء للغدة الدرقية : منشأ فرد نصفي (الغدة الدرقية النصفية) واثنين جانبيين (الغدتين الدرقيتين الجانبيتين) فالغدة الدرقية النصفية وهي التي يهنا امرها تنشأ من برعم بشري فمي بلعومي وهذا ينمو من الخلف الى الامام ومن الأعلى الى الاسفل حتى يصل بنهايته الامامية الى محاذاة البصلة الابهرية .

ويقع هذا البرعم النصفى الذي يبدأ ظهوره في مضغة طولها ثلاثة ملمترات مقابلاً للشق الثاني في موضع اتحاد الاقسام الثلاثة للمنشئة للسان كما ايدت ابحاث هيس . وفي المضغة البالغة اربعة ملمترات من الطول يبدأ هذا البرعم الدرقى بالتجوف وهذا الاسر ثابت في اكثر اللوان . وتبدأ حينئذ نهايته العميقة

بالتفصيص كما شاهد سولي وفيردان (١٨٩٧) . ومتى بلغت المضغة ستة ملمترات من الطول تصبح هذه النهاية العميقة فصين متنفخين ولا تعود ملتصقة بجدار البلعوم الا بذيل دقيق بشري . ثم يضمحل التجوف ونفترق القطعة المتوسطة للغدة الدرقية كل الافتراق عن البشرة اللسانية البلعومية وتستقر في زاوية تشعب البصلة الابهرية او تتجاوزها قليلاً الى الامام .

فالغدة النصفية في المضغة البالغة اربعة عشر ملمتراً من الطول بعد ان كانت قطعة واحدة متحدة الاجزاء تنقلب حزمة شرائط ملائمتلاصقة بحجاب او براعم ضامة وعائية تتجاوزها من الخارج الى الداخل .

وقد يبقى الذيل الذي كان يربط الغدة الدرقية المتوسطة بالبشرة اللسانية في بعض الحالات كما كان كأنه جبل خلوي يدعى الجبل الدرقي اللساني . وقد يتجوف هذا الجبل كأنه قناة ضئيلة تنفتح في الفوهة العوراء اللسانية وتدعى حينئذ القناة الدرقية اللسانية . وقد يتجزأ الجبل الدرقي اللساني عدة اجزاء متتابعة على الخط المتوسط بين الغدة الدرقية والفوهة العوراء .

ويقسم العظم اللامي القناة الدرقية اللسانية قسمين قسماً علوياً وهو الممتد من الفوهة العوراء الى منتصف العظم ويدعى المجرى اللساني وقسماً سفلياً يدعى الدرقي . ولكن هذا المجرى الذي يحفظ في البدء اتصاله لا يلبث ان يفترق القسم الاول منه عن الثاني ومتى تكون جسم العظم اللامي لا يبقى من هذه القناة الدرقية اللسانية سوى قسمها العلوي اي المجرى اللساني . اما الاخر اي المجرى الدرقي فلا يبقى منه سوى جُزُر بشرية هي من بقايا البشرة الكأسية للقناة الاصلية .

هذا ما يحدث في الغالب . ولكن قد يطرأ ما يغير هذه الحال فتبقى القناة الدرقية اللسانية على حالها حتى سن البلوغ جاعلة نسياً لتشكيل ناسور نصفي كامل له فوهتان جلدية وبلعومية .

هذا ما يقول به معظم العلماء اليوم كسبب لحدوث هذه النواسير النصفية العميقة . وقد ايد مارشال هذا الامراض اذ كشف صدفة ناسوراً كهذا في عنق فتاة صغيرة قضت نجبتها بمرض الخناق فظهر بجلاء موضع الناسور ومجاوراته وامتداده وايد تشريحياً ما ايدته غيره مضعياً . وهذا التفسير يطلق على ايكاس العنق النصفية الخلقية .

الاعراض : سنورد هنا بإيجاز اهم الاعراض الناشئة من حدوث النواسير والايكاس الخلقية النصفية .

يبدو لنا في احدى النواحي الكائنة في الخط المتوسط من العنق او القربية من هذا الخط والواقعة بين العظم اللامي والغضروف الدرقي فوهة صغيرة يسيل منها من حين الى آخر سائل مخاطي يمزجه قيح . وقد يزداد هذا الافراز او ينقص او يعتريه ما يغير شكله كازدياد كمية القيح الذي يخالطه او انقلاب هذا الافراز جميعه مادة قيحية صرفة .

والعوارض التي تطرأ في سياق هذه النواسير اشد وخامة من عوارض النواسير الجانبية الغلصمية . وهي تنشأ من انجاس الافراز في الناسور .

وقد تبدل هذه النواسير الصوت وتعسر البلع . ويصف لنا كيرميسون حادثة شاهدها في مستشفى القديس لويس في باريس هكنا : فتاة صغيرة شعرت منذ سنتين في منتصف عنقها الامامي بورمين صغيرين مؤلمين كائنين في ملء

الجلد كانا يمسران البلع ويزدادان جساماً يوماً عن يوم فلدى فحصها وجد على الخط المتوسط الامامي للعنق فوق الغضروف الدرقي بقليل برعماً لحياً في اعلاه فوهة صغيرة يسيل منها قليل من المائع . وعند جسسه لهذا الورم شعر ان هذا البرعم يتصل في العمق بحبل مدور بحجم ريشة الطير ممتد حتى العظم اللامي حيث يتوارى تحته . وقد تمكن من ادخال محراف دقيق في هذه الفوهة زهاء سنتمتر واحد . وقد شفي هذا الناسور بعد ان استئصلت الفوهة وسائر المجرى حتى العظم اللامي . . فيتين لنا من هذه المشاهدة ان الناسور لم يكن موجوداً حين الولادة بل ظهر بعدها بقليل .

وربما كان لهذه النواسير صفة ثابتة وهي انحباس السائل في الناسور وتكون اورام كيسية شديدة الايلام . وقد يكون الكيس الخلقي العرض الاول لهذه النواسير . فيبقى برهة كانه ورم غير مؤلم الى ان تتسرب فيه عوامل الالتهاب فينقلب خراجاً حاراً وينشق تاركاً ناسوراً لا يندب كما كانت الحالة في مشاهداتنا ٢٤١

ويمكن القول ان اكياس الخط المتوسط ونواسيره هما مظهران او عرضان لسبب واحد نعني به بقاء بعض اجزاء بشرية من المجرى الدرقي اللساني وقد كانت فوهات هذه الخراجات الواقعة امام الخنجرة او الغشاء الدرقي اللامي شديدة الغموض قبل ان يتضح سببها العائد الى بقاء المجرى الدرقي اللساني فقد نسبها البعض الى بقاء مخنظة مصلية امام الخنجرة (بايرملغانيه) او امام الغشاء الدرقي اللامي وممتد خلف العظم اللامي (نيلاتون) وكان البعض يقول بهذه النظرية حتى اتضحت الاسباب الحقيقية وهي بقاء اقسام

بشرية من المجرى الدرقي الغشائي او المجرى كله .

التشخيص : تشخيص نواسير العنق الخلقية سهل للغاية . فهي تميز بسهولة عن النواسير الناشئة من ذات الغضروف السلية او الزهرية او من ذات العقد السلية او من التهاب العظم اللامي او انفتاح كيس مائي او دهني متقبح ويسهل ايضاً تمييزها عن النواسير السنينة او اللعابية الخ . . . فتاريخ المرض مع اوصافه وفحص افراز الناسور لا يدع اثراً للشك .

ورغم هذه السهولة نجد بعض الصعوبة في تشخيص الناسور . غير ان الجراح يتوصل الى معرفته بانصباب المائع من الناسور انصباباً مستمراً وبارتباط الفوهة بجبل ليفي بالعظم اللامي .

ويسهل ايضاً تمييز النواسير النصفية الخلقية هذه عن النواسير الرغامية التي لا تتجم الا من سبب رضي فمتى عرف السبب زال الغموض . اما الخلقية منها فهي نواسير رغامية مريضة لا دخل لها مع النواسير النصفية الخلقية .

ومتى تمققنا الناسور بقي علينا ان نعرف نوعه والى اي الاقسام ينتمي فاذا كان في المائع الذي يفرزه الناسور شيء مما يأكله المريض او يشربه فالناسور تام وليست معرفة هذا بالامر السهل وعليه كان لا بد من استعمال وسائل اخرى لمعرفة ما اذا كان الناسور اعور خارجياً او تاماً .

والطرق المستعملة لهذا الغرض هي الفتحة والحقن بالمواد المائعة والتصوير بالأشعة .

فالواسطة الاولى قلما توصلنا الى التشخيص الحقيقي لانتصاقات مجرى الناسور بالعظم اللامي . ويجب ان يسهر غور الناسور بلطف وتأن زائدين

بمسبار معدني دقيق مدور الرأس حتى اذا شعرنا بمائق اخرجنا المسبار ثم اعدنا الكرة ثانية وثالثة حتى العظم اللامي فتنتهي وظيفة المسبار لان ادخاله الى ابعاد من هذا الحد متعذر وعلى الرغم من مهارة الجراح وصبره نجده احياناً لا يتمكن من الوصول بمسبارة الى محاذاة العظم اللامي لكثرة منحرجات الناسور اما الواسطة الثانية وهي حقن مجرى الناسور بالسوائل فليس لها الفائدة التي نبحثها في تشخيص النواسير الجانبية . ويستعمل من المحاليل ما كان طعمه خاصاً ولونه ظاهراً كمحلول الكينين او الملح او السكر والنخ . وطريقة استعمالها هي حقن فوهة الناسور الظاهرة بهذا المحلول فاذا كان الاخير تاماً شعر المريض في فمه بطعم المحلول فتأكد ان له فوهة باطنة .

اما المحاليل الملونة فهي اكثر دلالة من المحاليل الاولى لان السائل قد لا يصل الى البلعوم مع ان الناسور تام وفضلاً عن هذا فقد يشعر المريض بطعم في فمه مع كون الناسور اعور خارجياً وهذا الامر لا يقع في المحاليل الملونة كاللبن وزرقة المتيلين وفوق منغاة البوتاس وسوى ذلك لان السائل يرى حين خروجه من الفوهة الباطنة .

اما الواسطة الثالثة وهي التصوير بالاشعة . فتمكنا من اخذ رسوم العنق بوضعات مختلفة بعد حقن الناسور بمادة ظليلة كاللييودول . وقد راينا هذه الواسطة في اختباراتنا الخاصة اكثر دلالة من الواسطتين الاولتين مع ان البعض وجه اليها نقداً مراً لان جسم العظم اللامي يقف حائلاً دون وصول السائل الظليل الى القطعة العليا من المجرى .

سير المرض واندازه : ليست هذه الافة من الافات الوخيمة . الا انها على

الرغم من ذلك تزعج المصاب وتقلقه قلقاً مستمراً لسيلان القيح او غيره من المواد سيلاناً مستمراً او متقطعاً من فوهة الناسور الظاهرة وحدوث انحباس في الناسور تتيج منه خراجات وعدا الاعراض التي ذكرناها تأبى الفتاة بقاء ناسور يشوه عنقها .

واذا كان لهذه الافة من وخامة حقيقية فهي على ما نرى صعوبة شفاؤها ولا تعالج هذه الافة الا بالطرق الجراحية التي كثيراً ما تبوء بالحيية رغم مهارة الجراح . اما سبب هذه الحية فهي بقاء قطع صغيرة من المجرى لم تستأصل لوجودها فوق العظم اللامي

ولو تابع الجراحون مشاهدة مرضاهم طويلاً بعد شفاؤهم لكانوا يرون من حوادث التكرس اكثر مما تذكره لنا المجلات الجراحية .

المداوة : لا نطيل الكلام في طرق المداواة الكثيرة التي استعملها ويستعملها البعض بحق الناسور بمواد مختلفة قصد تجفيفه وشفائه فهي لم تجد نفعاً ولم يكن منها سوى اطالة الماضي وتأخير شفاؤه واننا لنعمل ايضاً ذكر الطرق الحديثة في معالجة النواسير باستعمال المجرى الكهربى الكثير الاهتزاز مع ما يتفرع منه لانها تستعمل ونفيد في معالجة النواسير الجانبية ولا دخل لها في بحثنا هذا . بل نبين بجلاء طريقة المداواة الجراحية التي نعتقد بانها الوسيلة الوحيدة الموصلة الى شفاء الناسور .

اما التوسط الجراحى فيجرى طبقاً لطريقة سارازن في معالجة النواسير الجانبية اعني بادخال مسبار دقيق للاسترشاد به حين استئصال مجرى الناسور مع بعض تعديلات تقتضيها حالة الناحية تشريحياً كخزع جسم العظم اللامي وغير ذلك .

- طريقة الاستاذ سيلو : يتبع استاذنا سيلو في المعالجة طريقة خاصة
- ١ - يجري شقين افقيين متصلين النهائيين يحيطان بفوهة الناسور الظاهرة مع ما يجاورها من النسيج الندية .
 - ٢ - يدخل محرافاً معدنياً ليناً ودقيقاً في مجرى الناسور
 - ٣ - يستأصل فوهة الناسور ومجره مع قسم من النسيج المجاوزة لها حتى هذا العظم اللامي .
 - ٤ - ينجزع قسماً من منتصف جسم العظم اللامي طوله خمسة ملمترات .
 - ٥ - يفتش عن قسم الناسور الواقع خلف هذا العظم واعلاه بعد اجراء شق عمودي في العضلات فوق اللامي ويستأصل هذا القسم حتى الفوهة العوراء
 - ٦ - ينهي العملية كسائر العمليات

الاستطباب ومضاده : اذا كان التوسط الجراحي في معالجة النواسير الجائنية يستطاع العدول عنه فليس الامر كذلك في النواسير النصفية . لان تكرار الانجاسات في مجرى الناسور مع ما يعقبها من الخراجات وانفتاح الفوهة بعد انغلاقها مرات متعددة وفي محلات مختلفة يزعج المريض كل الازعاج . فضلاً عن ذلك فالطريقة الجراحية سهلة الاجراء بعيدة عن الخطر واكثر هذه النواسير اعور خارجي لا يخشى فيه من وصول جراثيم البلعوم الى الجرح وعلى كل جراح ان يراعي امرين في معالجة هذه النواسير اولاً ان يستأصل مجرى الناسور كله وما يجاوره من النسيج لئلا يبقى قسم من الناسور فيكون سبباً في النكس . ثانياً ان يكون الشق واسعاً ما امكن ليستطاع تتبع المجرى حتى قاعدة اللسان وعليه ان يتحاشى الندبة الكبيرة لئلا يشوه عنق المريض فيكون الجراح قد جمع بين شرطين فيهما بعض التناقض «لبحث تسنة»

المذمر والسماوة ايضاً

أتينا هذه المقالة من حضرة اللغوي الكبير الشيخ عبد
القادر المغربي رداً على ما نشرناه في الجزء الرابع من
مجلتنا عن المذمر والسماوة (المجلة)

حضرة الفاضل محرر مجلة المعهد الطبي بدمشق

قرأت في الجزء الرابع الصادر في هذه السنة من مجلتكم رد الصديق العلامة
الكرملي على ما كتبه بشأن تفضيل كلمة (سماوة) على كلمة (مذمر) كي تقوم
مقام كلمة (buste) الفرنسية . وقد اعرب في رده عن الثبات في رأيه وتفضيل
(المذمر) محتجاً بان صاحب (المخصص) فسّر السماوة بالشخص والشبح . ثم
رأى ان قول صاحب المخصص لا ينهض حجة ازاء التصريحين اللذين نقلتهما عن
(القالي) و (الزبيدي) : فقد صرح الأول بان السماوة (أعلى شخص الانسان)
وصرح الثاني بأنها (شخصه العالي) هذا من جهة ومن جهة اخرى فان احداً من علماء
اللغة لم يقل في تفسير (المذمر) سوى انه اسم عضو في اعلا شخص الانسان : إما كاهله
او قفاه او عظامان في قفاه او هو (كما قال الزمخشري في الاساس) مغرز الرأس في العنق .
ومعنى كلمة (buste) — كما في دائرة المعارف الفرنسية — مجموع الرأس والعنق
واعلا الصدر . وهذا المجموع أحرى ان نطلق عليه كلمة (السماوة) الدالة على
أعلى شخص الانسان : (رأسه وعنقه وصدره) — من ان نطلق عليه كلمة (المذمر)
التي معناها عضو واحد في أعلا شخص الانسان : إما كاهله وإما عنقه من جهة
قفاه وإما حول عنقه وهو ما سماه الزمخشري (مغرز الراس في العنق) . وكأن
علامتنا الكرملي آتس في دليله التخلي ضعفاً فجئنا الى تقويته بدليل آخر عقلي ذلك

أنه روى ما قاله ابن مسعود وهو (انتهت يوم وقعة بدر الى ابي جهل وهو صريع فوضعت رجلي في مذمره فقال : يا رويي الغنم لقد ارتقيت مرتقى صعباً)

ثم قال الاب (فهل يعقل ان يكون المذمر هنا القفا وحده او عظمي القفا أم مجموع كل ذلك الى الكاهل حتى استطاع ابن مسعود ان يضع عليه رجله الاثنين ؟ فليصدقنا القارىء) انتهى قول الاب الفاضل .

واذا كان حضرة الصديق يحيل قضية النزاع بيننا على القارىء ، فاني ما زلت احيلها عليه نفسه : واول ما ألفت نظره اليه هو قوله في عبارته (رجليه الاثنين) فان كلمة الاثنين زادها الأب على عبارة ابن مسعود : فان ابن مسعود انما قال : (وضعت رجلي في مذمره) و (رجلي) بتخفيف الباء مفرد وليس هو مثني حتى تشدد ياؤه ، فان ابن مسعود وضع على كاهل القتيل رجلاً واحدةً وكزه بها وكزا . ولم يضع كلتا رجله قافراً بهما على جثة القتيل فقزا .

وقد فكرت ملياً لأعرف السبب الذي حمل صديقنا الكرمل على قراءة (رجلي) بالثنائية لا بالافراد فانتبهت أخيراً الى قول ابن مسعود في تسمية عبارته السابقة على لسان الصريع بخاطب ابن مسعود (لقد ارتقيت مرتقى صعباً) فالارتقاء على صدره يستدعي بالضرورة ان يكون قد وضع ابن مسعود الرجلين كلتيهما على صدره : فوجت لهذه المفاجأة لكنني لم اشك قط في ان ابن مسعود انما وضع رجلاً واحدةً على القتيل او وكزه بها وكزا . لكن كيف قال له ابو جهل (ارتقيت) ؟ راجعت كتب المغازي واذا هي تقول : ثم ان ابن مسعود وطي على عنق ابي جهل وعلا فوق صدره يريد حزن رأسه فقال له لقد ارتقيت النخ (فالارتقاء انما جاء نتيجة لاعتلائه على صدره لا لوضع رجله في مذمره . ونزيد على ذلك ما رواه علماء الحديث من ان

ابن مسعود رضي الله عنه كان صغير الجثة بحيث يكاد الجلوس يوارونه من قصره .
 وضحك الصحابة يوماً من صغر رجله فقال لهم النبي (ص) ما تضحكون ؟
 لرجل عبد الله أثقل في الميزان يوم القيامة من جبل أحد

المعربي

الرئيس والمندوب

في الجامعة السورية

زار جامعتنا السورية يوم السبت الواقع فيه ٢٠ نيسان سنة ٩٢٩ فخامة رئيس الوزراء
 الشيخ تاج الدين افندي الحسيني وصاحب السعادة المفوض الموسيو بروباز بصحبه سعادة
 معاون المندوب الموسيو فيبر وصاحب المعالي وزير العلية ووزير الاشغال العامة وحضرة
 مستشار المعارف فدخلوا معهد الحقوق أولاً وتفقدوا صفوفه ثم ساروا الى تكية السلطان
 سليمان حيث صف العالوم وشعبة طب الاسنان ومنها الى المستشفى العام ومخاير المعهد الطبي
 وانتهى طوافهم في بناء الجامعة الجديد حيث القى معالي رئيس الجامعة الاستاذ رضا سعيد
 بك كلمة ترحيبية بالزائرين العظام فاجابه سعادة الوزير المندوب بكلمة ابدى فيها اعجابه
 بما رأى من رقي الجامعة واتقان فروعها مظهراً استعدادهم للمساعدة اليها بكل قواه لتجاري
 العلم في سيره ورفقه ثم لفظ فخامة رئيس الوزراء كلمة بين فيها استعداد الحكومة الوطنية
 لمعاودة الجامعة وفتح فروع جديدة فيها و بعد ان تناول المدعوون اكواب المرطبات انصرفوا
 بين التصفيق الشديد

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٢٩ م . الموافق لذي الحجة سنة ١٣٤٧ هـ

نتانة الانف اسبابها ومداواتها

للحكيم عبد القادر سري

استاذ امراض الاذن والانف ونريرياتها وعلم التشريح



لهذه الآفة شأن كبير بين سائر الآفات التي تصيب بطانة الحفرتين الانفيتين لمنظرها الخاص واسبابها المبهمة فهي من الابحاث التي تستدعي التنقيب والتدقيق لان العلماء لم يجمعوا حتى الآن على تعيين اسبابها وكيفية مداواتها فان شيوعها جرّ الطيب والاختصاصي معاً وحملهما على النظر اليها كما الى آفة ارثية . وهي تصيب الاناث اكثر من الذكور بمعدل واحد الى اثنين تقريباً وتظهر بين (١٥ - ٢٥ سنة) من العمر وقد قال بعض العلماء بظهورها في سن البلوغ غير ان « هالفن » و « شولمان » لم يتوصلا الى اثبات ما يوءد هذه الفكرة وجلّ ما شاهداه ان الطمث كان يختل في الفتيات المصابات بهذه العلة وان التّن والقشور الخاصة قد زالت في احدى الفتيات بعد ان حاضت وغاية

ما هناك ان الافة تظهر تارة بين (١٥ - ٢٠) سنة وطوراً بعد هذا الزمن فاذا ظهرت باكراً ابطأت عظام الانف في النمو فكان الضمور في صقله (squelette) واذا ظهرت بعد الخامسة والعشرين اعني بعد ان تكون عظام الجمجمة قد تكامل نموها كان الضمور قليل الظهور .

فلا عجب اذا رافقت تنانة الانف تبدلات في عظام الوجه وبدت واضحة في بعض الحادثات او قل ظهورها في البعض الآخر . وتتصف هذه التبدلات بازدياد عرض الناحية الجبهية وبروزها وانخفاض جذر الانف وضيق عرضه فيقترب احد الوقيين (تجويف الحجاج) من الآخر . ويتشوه شكل الانف (الانف السرجي) وينقص طول المنخرين فينحرفان الى العالي يفرقهما تلم خاص وتصبح اربعة الانف (فصيص الانف) اكثر ارتفاعاً مما هي عليه في الحال الطبيعي .

وقد ثبت ان هذه الافة اكثر انتشاراً في بعض البلدان كاسبانيا والصين واليابان واليونان وغير ذلك وهي في بلادنا السورية قليلة اذا بنينا حكماً على ما نشاهده فيها غير ان قلتها ليست حقيقة لان العدد الوافر من المصابات لا يزال الجهل مستولياً على عقله فهو يندفع مع التيار ويطلب شفاء علته هذه من الدجالين المتطفلين على العلم .

والاسباب التي نسبت اليها هذه العلة كثيرة ولكن فلنفرق تنانة الانف الحقيقية عن تنانة الانف الرضية التي تعقب خزع القرين احياناً لان الاختبارات قد اثبتت انه لا يمكن ان يؤخذ الاتساع الذي قد يحدث في الحفرتين الانفيتين سواء أكان ولادياً ام كسبياً ، سبباً كافياً لاحداث تنان الانف . وقد ذكرت

في اسباب المرض نظريات حجة منها نظرية جيوب الوجه وهي احدى النظريات التي يستند اليها في ايامنا الحاضرة . فقد قال (لوتشلاغر) ثم (ميشل) وزملاؤه في تواريخ مختلفة ان تنن الانف مرض خاص يصيب احد التجايف التابعة للحنكيتين الانفيتين كالجيوب الودية والفكية والجهية والغربية . اما انا فلم اتحقق اصابة الجيوب الوجهية على الرغم من معاينتها واني لارجح نظرية (رمادية) و (فري) وغيرهما القائلة بان الجيوب تبقى سليمة واذا اصبحت فاصابتا تالية وليست ابتدائية .

وقد فكر (هالغن) وتلامذته في ان للعقدة الودية الحنكية دخلا خاصاً . بمصول تنن الانف واعلن مع (شولمان) للمؤتمر الدولي الطبي المنعقد في باريس سنة ١٩٢٤ النظرية الودية مستندين الى النتائج التي وصلا اليها بمداواة المرضى المصابين بهذه العلة بخلاصة الكظر والى الاعراض التي شاهدها كازرقاق الاطراف المستمر القليل الالم وضيق الحقتين واسراع القلب وقد ايدت هذه النظريات مشاهدات كثيرة منها ما نشره (ورمس) و (رشولون) في التاريخ نفسه وهي حادثة التهاب انف ضموري تنن وحيد الجانب ظهرت في جندي على اثر اصابته بجرم ناري في عقدة مكل . والحادثة التي رفعها (سوش) الى مؤتمر امراض الاذن والانف المنعقد في باريس سنة ١٩٢٤ ايضاً وهي التهاب الانف الضموري الجاف غير التنن الذي كان يتكامل مشهده السريري مؤيداً انه كان ناجماً من تبدل في الجملة الودية الحنكية . وحادثة ثالثة نجمت من انضغاط العقدة الودية الحنكية بشظية عظمية .

ونجح (لورتمان) و (لومر) ايضاً بقطعها الالياف الودية حول الشريان

السباتي الظاهر في تأييد هذه النظرية كما ان (سالك) احدث نشابة الانف باستئصاله العقدة الودية الحنكية .

ونشر (روباتو) و (بروي) في مجلة العالم الطبي في عددها الصادر في ١٥ شباط سنة ١٩٢٨ حادثة التهاب انف ضموري وحيد الجانب مع قشور في مريض اصيب بمرم ناري يحتمل ان يكون قد جرح عقدته الودية الحنكية والعصب الفكي العلوي .

وكانت هذه الحادثة مشابهة باوصافها كل المشابهة للحوادث المار ذكرها آنفاً ولكن لم يظهر الفحص الجرثومي الذي اجري في بعض هذه الحوادث ادنى اثر لعامل لتانة الانف المرضي الا بعض المكورات العنقودية ولعل خلو بعض هذه الحوادث من التين مسبب من خلو الانف من العامل المرضي الخاص الاخر الذي دما بعض العلماء الى القول بان لتانة الانف سببين الاول اختلال عصبي يحدث الضمور والثاني جرثومي يحدث التين .

وحقيقة الامر ان كل اختلال يطرأ على الجملة الودية الحنكية يحدث الضمور فيظهر بمظهر التهاب الانف الضموري غير الحقيقي وما من يجهل ان الحفرتين الانفييتين تعصبها اعصاب محررة للاوعية آتية من الجملة الودية لعقدة مكل فكل آفة تصيب تلك الاعضاء تحدث اولاً اختلالاً في الدوران فضموراً ينجم منه نقص في متانة العضو المذكور فتكثر الجراثيم فيه وتكون القشور فتتحلل المواد البروتينية تحللاً عفنًا وتتبعث منها الرائحة العفنة . وقد تصاب اعصاب اخرى من الجملة الودية كما في الحوادث المستقرة في الحنجرة والرغامى . وقد يكون داء الافرنج والسل سبب هذه الآفة فما من ينكر ان

للزهري دخلاً عظيماً في احداث هذه العلة غير ان هذا الشكل يتصف بانه يشفى غالباً .

ويقول بعضهم ان تنن الانف مرض عفني سببه عامل خاص فولدت النظرية العفنية واخذ العلماء يفتشون في مفرزات انوف المصابين بالتنن عن الجرثوم المحدث لهذه العلة ففصل البعض مكورات عنقودية مختلفة وفصل (آبل) و (لونبرغ) عصيات من نوع عصيات فريدلاندر وكشف (غونس) عضية سبب تركها في اللحم ٤٨ ساعة تراكم كمية من المخاط في قاع الانبوب فاعتقد انها العضية التي كان قد عثر عليها (آبل) و (لونبرغ) غير ان هذه تمتاز عن عضية (آبل) و (لونبرغ) ببعض الاوصاف ولا سيما بتجربة الاختمار وكواشف التلازن المتقاطع ثم جاء (جوليائل) وفصل عيلات جرثومية كثيرة يختلف بعضها عن بعض بخواص التلازن المختلفة وعمل ترسيب السكر او تلقيح الحيوانات ومداواتها بالمصول الخاصة كما فعل (بلان) و (بانغالوس) في اثنياء سنة ١٩٢٨ .

وقد اعلن العالم (ورمس) وزميله في سنة ١٩٢٧ لمؤتمر امراض الاذن والانف والخجيرة المنعقد في باريس انها يعدان عضية (آبل) و (لونبرغ) عاملاً مرضياً محدثاً للمرض واطهرا رأيهما استناداً الى تتبعاتهما ان تنن الانف ينجم من سببين احدهما عصبي والاخر جرثومي هو عضية (آبل) و (لونبرغ) المحدثه للعفن . ثم فصل (بزر) عضية مكورة في قشور الانف التتنة ووجد (بلفتي) عضية ايضاً من العصيات الذباحية الكاذبة فاستعمل مصلاً مضاداً لها فشفي بعض مرضاه فاستنتج انها هي السبب المحدث .

وقد بين (هالزن) في سنة ٩٢٤ نظرية جديدة سهاها النظرية الدرقية وارتأى (شولمان) رأيه لما شاهده في المرضى المصابين بتنن الانف من اختلال الوظيفة الدرقية (كازرقاق النهايات ، ، والهجمات الحمية والشلل الحديقي) وغير ذلك من العوامل الكثيرة التي دعت الى القيام بتتبعات جملة فاثبت في اطروحته التي وضعها في باريس سنة ٩٢٤ ان العلة المعروفة بتنن الانف تصيب النساء اكثر من الرجال ويرجح ظهورها في سن البلوغ وهي تظهر بعلامات لها علاقة بالوظيفة الدرقية وقد بدأ ينظر من ذلك الحين الى اختلال الدرق كسبب محدث لتنن الانف .

ثم عزا بعضهم هذه العلة الى قصور المبيض في النساء وقال (ماجر) ان تنن الانف ذو علاقة بالعاهات الخلقية في الاعضاء الناشئة من الوريقة الظاهرة كالجلد والاسنان) واوصى بتحري عوارض تلك الاعضاء في المصابين بهذه الافة تحرياً دقيقاً .

ويظن (هوفمان) ان نقص النمو في صقل الانف والالتهابات التي يصاب بها هذا العضو في سن الطفولة له تأثير خاص في تكوين المرض .

وما تنن الانف حسب رأي (هيرخ) الا التهاب عظم القرينات وسمحاقها ويعتقد (لوتشلاغر) ان تنن الانف قد ينجم من جميع الجرائم المحدثة لامراض نفاطية في الاطفال .

واعتقد (غلاشيب) ان هذا المرض مظهر لمرض عام عضوي وليس الضمور الذي يصيب عظام الانف فيه الا رمزاً لضمور العضوية العام فالمشكلة (بنكرياس) ضامرة وافرازها الباطن مضطرب ، وشاهد ان مخمرات الشحم في

الدم كانت ناقصة في ثلاثين حادثة .

وقد نسب غليشمان في المانية هذه العلة الى تبدلات كيمياوية في الدم (ازدياد شحم الصفراء « كولسترين » ازدياداً فائقاً) وهي تنجم حسب رأى (هالفن) في فرنسة من نقص مفرزات الغدد الداخلية الافراغ .

هذا كل ما يقال في اسباب هذه العلة واما مداواتها فلا تزال قيد البحث لتعدد النظريات التي اوردناها ولا يزال العلماء معها كانت الطرق الدوائية التي يقترح اجراءها المجرىون يولون وجوههم شطر النتائج التي قد تأتينا بها الممارسة اليومية وقد مكنت الفرص العالمين (دوتلية) و (لاموت) من شفاء مريض باعطائه كمية وافرة من صفصافة الصوده لمكافحة الرثية المفصلية الحادة التي كان مصاباً بها وقد استعملت هذه المداواة في تسعة مرضى اخرين فلم تكن النتائج باهرة بل اثرت بعض التأثير في البعض ولم تغد في البعض الاخر .

ثم بين (لبلا) في اطروحته التي وضعها في باريس سنة ١٩٢٤ طريقة دوائية جديدة، وهي الاستلقاح الموضعي وقال في مؤلفه ان هذه الطريقة الدوائية ان لم تكن شافية فهي تحسن العلامات العائدة الى الاثنان وترجع بالنظر الى سهولة استعمالها على سائر الطرق الاخرى . بوصي المؤلف اولاً بتخلية الحفرتين الأنفيتين من القشور ثم بطلاء الغشاء المخاطي بصفراء الجاموس العقيمة التي توسف الغشاء المذكور وتقبضه قليلاً فينفذ اللقاح فيه واللقاح نوعان سائل ومسحوق يستحضر بزرع مفرزات الانف في الغراء (gélose) زرعاً خاصاً ويجب ان يكون اللقاح كثيفاً وفي كل سم^٢ منه عشرة مليارات جرثوم واما

كيفية الاستعمال فهي ان تبل قطعتا قطن بزهاء سنتمترين او اربعة سم^٢ من اللقاح السائل وتوضعا في الحفرتين الانفيتين ساعة واحدة ويعاد هذا العمل عشرة ايام متتابة واما اللقاح المسحوق فهو متمم للقاح الاول ، يداوى به المريض ١٥ يوماً بعد انتهاء الايام العشرة الاولى التي عولج بها بالسائل وذلك ان يدخل المريض الى انفه من اللقاح المذكور ما يعادل (١٣) ملياراً من الجراثيم وقد اعطته هذه المداواة نتائج حسنة .

ثم عرض (بورتان) على مؤتمر الاذن والانف المنعقد في باريس سنة ١٩٢٦ النتائج التي جناها من هذه الطريقة فلم تكن مرضية
وقدم (دانيول) في سنة ١٩٢٧ الى جمعية المستشفيات في باريس مريضاً عاجله باللقاح الموضعي فزال من انفه القشور والرائحة العفنة غير ان الضمور لم يتبدل .
وقام (م ر ين) باختبار طريقة دوائية اخرى فوجد ان خير دواء لهذا الداء هو الطريقة الجراحية فوضع في سنة ١٩٢٤ في باريس اطروحة مبيناً فيها الفوائد التي جناها ولم تكن باهرة وعقبه في الوقت نفسه (سيم) فاستعمل الطريقة نفسها وهي تقوم بتبديل موقع الجدار الأنسي للجيب الفكّي وكيفية العمل هي اجراء شق قائم في الحفرة النابية على طريقة لوك المتبعة في العمليات الشافية لالتهاب الجيب الفكّي وتطويل الشق حتى الجدار المطلوب ثم قطع هذا الجدار ازاء حافته السفلية بالمقرض واجراء قطعين اخرين ايضاً احدهما في الامام والاخر في الوراء حسب اتجاه قائم على القطع الاول والمحافظة على المخاط من الانثقاب ثم رفع الجدار المفصول الى الطرف الأنسي حتى ينطبق القرين السفلي على الوتيرة (حجاب الانف) فتتم العملية .

وقد جرب بعض العلماء استناداً الى النظريتين الودية والغدية المداواة بخلاصة الغدد ذات الافراغ الداخلي وبقطع الأعصاب الودية الموءدية الى الحفرتين الأنفيتين فاعطوا المرضى محلول الكظرين الالفي في فواصل الطعام ٥٠ قطرة في اليوم واثاروا ببلاغ هذه الكمية حسب تحمل المريض من (٨٠-١٠٠) قطرة واثركوا ايضاً هذا الدواء بالأدوية العضوية متى لم يكن ما يمنع اعطاءها يعطى العلاج عشرين يوماً ويقطع عشرة ايام وحين الطمث واجازوا اشراك هذه المداواة ايضاً مع الأدوية المضادة للتصلب وكانوا اذا لم يتوصلوا بهذه الطريقة الى نتيجة حاسمة يستعوضون عنها بأزوتية البيلوكربين او الازرين فيعطون من الأول حسب تحمل المريض ساتيغراماً واحداً او ساتيغرامين تحت الجلد ويعطون من محلول الثاني الكحولي (٣٠-٨٠) قطرة يومياً على ان لا يعطى في الوقت نفسه شيء من خلاصة الغدد ذات الافراغ الداخلي وقد كانوا ينظرون الى البيلوكربين نظرة عنصر مهم في تعيين الانذار فتى كان الغشاء المخاطي ينتفخ بعد الحقن كانوا يعدون هذا الامر علامة حسنة ومتى لم يكن ينتفخ كان الانذار اقل حسناً ولم يعط قتلغ الالياف الودية حول الشريان السباتي الظاهر نتيجة حسنة ويعتقد (فائران) ان خيبة هذه الطريقة كانت تنجم من شيئين هما تعذر تعرية الشريان واستحالة ابعاد الاسباب المرضية كلها لأن الأعصاب الودية للحفرتين الأنفيتين لا تأتي بطريق واحد وهو طريق الوعاء بل تصل اليهما بطريق آخر وهو الطريق العصبي الناجم من تفرغ العقدة الودية الخنكية .

وقد جرب (تبطس) منذ بضع سنوات المداواة بالاستدماء الذاتي فأفاد مرضاه

في ايام معدودة . ثم استعملت مواد مطهرة ملونة فلم تفد وسعى بعض المؤلفين الى تضيق حفرتي الانف بحقن القرينات بالبارافين فكانت النتائج احسن من النتائج التي استحصلت في الطرق السابقة ولكن لا يجوز الالتجاء الى هذه الطريقة ما لم تحب الطرق الاخرى .

اما (سيمس) فقد اشار استناداً الى التحولات الليفيه الضامة التي تقع في غشاء شنايدر بين سن (٥٠-٦٠) من العمر بطريقة دوائية اخرى سماها (تصليب ثانة الانف) وتقسم هذه الطريقة الى مرحلتين الأولى تخليص المريض من القشور والرائحة العفنة والثانية تصليب الغشاء المخاطي نفسه ولهذا تمسح الحفرتان الانثيتان لتزول القشور والثانة بقطع من القطن مبللة بمزيج الغليسرين والاختيول واذا لم تفد هذه الوسطة الافادة الكافية وبقي التعفن تهوى الجيوب التي هي مقر الرائحة العفنة بالهواء المضغوط بآلة خاصة دافعة وجاذبة تدفع الهواء الى الجيوب ثم تجذبه في آن واحد وتصاب البطانة المخاطية بعدئذ بظليها أولاً بمحلول قابض كمحلول كلورور التوتيا او حامض اللبن او حامض الأزوت ثم تخرب البشرة المريضة بالكاوي الغلفاني رويداً رويداً حتى يتكون النسيج الندبي ويظهر الغشاء الليفي الضام المطلوب الذي لا يفرز مفرزات مرضية واما حس الشوفة التي يشعر بها المريض في انفه فتخفف باستنشاقه الفازلين المبور (vaseline boriquée)

وبين (جالك) من ناسي الشبه بين تنن لانف والتهاب السمحاق والعظم السنخي النسي من حيث السير والاسباب الجرثومية والضمور الموضعي الذي كان يصيب الاجزاء العظمية المغطاة بالغشاء المخاطي للحافة السنخية وقال ان

هذا اللقاح الكثير الجراثيم الكثيف الذي ثبت نفعه في تقيح القوس السنخية السنية نافع ولا شك في تنن الانف فجز به وجنى منه فوائد جمة لان الحقن التي اجراها منه في باطن الانف أدت الى حصول المناعة الموضعية وسقوط القشور وزوال الرائحة التتنة غير انها لم تمنع الغشاء المخاطي عن طروء التحول عليه .

وجرب بعض الاطباء على اثر ضمور المعشكلة واضطراب افرازها الباطن مداواة تنن الانف بالأنسولين فشفي من المرضى ٢٠ / ٠ . واختبر (اريخ فرنك) الستالين ووضع قطعاً من القطن في الحفرتين الانفتحتين مبللة بالأنسولين .

وقد جربت في مرضاي المداواة باللقاح الدائقي مناوبة مع الاستدعاء الدائقي وغسول الانف ببعض المحاليل المطهرة فاستنتجت نتائج تذكر ولم ار للكظرين نتائج محسوسة .

المشاهدة الاولى : فتاة سنها ٢٦ سنة اصبحت بتنن الانف منذ ست سنوات انت عيادتي في ١٨ حزيران سنة ٩٢٦ فشاهدت ضموراً متوسطاً في القرنين السفليين اشد في الجهة اليمنى منه في اليسرى مع سيلان مزمن من الاذنين والتهاب البلعوم الجاف وكانت القشور كثيرة والعفن شديداً فعدلت الغسول شيئاً من العلامات لكنها لم تمحها بتاتاً فاعطيها في ١٠ تموز سنة ٩٢٦ من محلول الكظرين جرعات متزايدة حتى ستين قطرة في اليوم . فتحسنت حالتها تحسناً جلياً غير ان التحسن لم يكن الا مؤقتاً لان العلامات المرضية عاودتها واشتدت في ٢٧ تشرين الاول سنة ٩٢٦ فارسلتها الى الاستاذ الجراثيمي حمدي بك الحياط فأخذ من مفرزات انفها واستحضر لقاها ذاتياً فكان يحقن منه مناوبة مع الاستدعاء

الذاتي وتجري الغسول المطهرة في الانف ثم غابت عني المريضة منذ ١٦ مايس سنة ٩٢٧ حتى بضعة اشهر خلت اذ جاءت والدتها العيادة الاذنية في المعهد الطبي ل مداواة ابنة صغيرة مصابة بخناق (فلسن) فعرفتها وسألتهما عن ابنتها المريضة فافادتني انها حسنة ولم تر منذ ذلك العهد اقل اضطراب في انفها واذنيها .

المشاهدة الثانية: فتاة عمرها ١٩ سنة اصببت منذ عشر سنين بنتن الانف جاءتني في ١٠ نيسان سنة ٩٢٨ مستشفية فرأيت التهاب الانف الضموري المضاعف واكثره ازاء القرنين السفليين مع كثرة القشور والرائحة النتنة وكانت هذه العلامات تتلاشى عند اجراء الغسول وتعود متى تركت فعالجتها باللقاح وبالاستدماء الذاتيين فبدأت تتحسن وزالت القشور والرائحة العفنة وفي ٣ آب سنة ٩٢٨ كان التحسن عظيماً ولم تعد اليّ مرة ثانية .



بعض مشاهدات عن داء المتحولات البولي

للحكيمين

سولي	ج شفالیه
جراح المستشفيات العسكرية وجراح	رئيس جراحي مستشفى القديس
في مستشفى البرفورنييه بحلب	لويس بحلب

ترجمها الطالب السيد مسلم القاسمي

ليست هذه المشاهدات الاصفحة من صفحات الذين تصدوا الموضوع
داء المتحولات البولي (amibiase urinaire) : هذا الموضوع الذي ما برح يتعثر
بأذيال الغموض يعوزه بعد التقصي ، وطول الاختبار .

ومقالنا هذا لم نرم من ورائه القاء نظرة اجمالية او وضع حل نهائي نبت
فيه قضية داء المتحولات البولي ، ذلك لان قلة المراجع العلمية ، والمساند الطبية
في حلب لا تسيع لنا هذا الحل .

ولكن المشاهدات التي جنيناها ، والتي كنا قد نشرناها فيما مضى لا تقعدنا
عن ان نضع جدولاً سريراً ندرج فيه حوادث داء المتحولات المشافي ، ولا
ان ندحض مزاعم الذين بحثوا في هذا الموضوع خلال السنوات الاخيرة .

وغني عن البيان ان مشاهدة واحدة من داء المتحولات الكلوي لا تدعنا
نقف من استقرار المتحولات على حقيقة ناصعة لا رية فيها . من اجل ذلك
كنا نرى ان نبسطها للقراء كما هي دون ان نبرم فيها الحكم الاخير .

واننا نتقدم اولاً بمشاهداتنا الثلاث فيما يتعلق بالتهاب المثانة :

المشاهدة الاولى (الحكيم سوليه Soulié)

ولد الملازم د . الفرنسي الاصل في المستعمرات وله من العمر الآن (٣٢) سنة ينتمي الى فرقة الرماة السنغالية .

اصيب في حادثة سنه بالحلي الصفراء دون ان يستطب لأي حادثة زحارية . وفي عام ١٩١٤ اصيب بحرقه بول ، وابل دون عرقلة ، وفي عام ١٩٢١ انتابته نزلة وافدة وفي دور النقه منها طرأت عليه حادثة التهاب مثانة انقشعت عنه بالمداواة الطبية .

وفي مقدمة عام ١٩٢٦ عراه ألم في اسفل بطنه حيث كان يشعر بحرقه اثناء بيلته ، ثم تناول الاوروتروين واشير عليه بالاستحمام الموضعي الحار . وفي ٢ تموز رحل جيشه فانخرط في فرقة اخرى ولكن لم يلبث ان أمّ حلب في ٦ تموز لانه كان يتألم من ناحية المثانة ويشكو البوال اليومي .

وفي ٧ تموز كان منظر بوله عكراً مخضباً بالدم ، والاحليل والصماخ جافين وقطر الاحليل طبيعياً ولم يكن في البرنج والموثة شيء يسترعي الانتباه ، ولا نقاط مؤلمة في الكلية والحالب ، وفحص مفرزات الاحليل بعد عصر الموثة لم يرنا مكورات بنية (غونوكوك) ، حالة المريض العامة جيدة لاجمى تعروه ، ولا خلل هضمي يتباه .

وفي ٨ تموز حصلنا على بول نظيف من المثانة بالقترة ، وعرضناه على الزميل الماجور صونداغ (Sondag) طبيب المستشفيات العسكرية ليفحصه جرثومياً ، فافاد هذا ما نصه :

« ان البول عكر لا يصفو الا بعد الاتباز (centrifugation) والقسم

الصافي منه يحوي الآحين (البومين) اما القسم الراسب فقد اجريت عليه التحريات الاتية :

- التلوين على طريقة تسيل نلسن : لم يبد عصيات كوخ .
- التلوين البسيط وعلى طريقة غرام : مكورات معوية وكريات قبح .
- فحص الجراثيم عيباً (حية) شوهد فيه عدد كبير من المتحولات .
- وفي ٩ تموز : عولج المريض بغسل المثانة بمحلول نترات الفضة : (نسبته ١/٢٠٠٠) وبحقن (٠.٠٨ غ) من الامتين في الوريد .
- وفي ١١ تموز : شوهد في البول المستحضر بالقطرة كثير من المتحولات وكريات بيضاء ، وثوبر يومياً على حقن الوريد بالامتين (٠.٦٠٨ غ) وتقطير نترات الفضة في المثانة . حيناً ، وزيت الغومنول حيناً اخر .
- وفي ١٦ تموز : كان البول اصفى من السابق ، والمتحولات وفيرة في رسوبه .
- وفي ١٩ تموز : كان قد اجري للمريض حتى اليوم عشر حقن امتين (٠.٦ غ) واصبحت حالته العامة جيدة ، وقلبه طبيعياً ، وضغطه الشرياني (١٠ × ١٥) « فاكر لوبري Vaquez - Laubry » وتناقص عدد المتحولات تناقصاً ملموساً ، حتى انه قلما كنا نعثر على واحدة منها الا بعد تحرر طويل في عشر او خمس عشرة ساحة مجهرية حيث تكون المتحولة آخذة شكل الاكياس النطاقي .

شرعنا بعد هذا بحقن سلسلة من (النوفارسنوبنزول) خفيفة (٠.٦١٥ - ٠.٦٣٠ غ) الى ان استوقفتنا في ٢٣ تموز حوادث عدم تحمل (intolérance) العلاج وهي الصداع والاسهال .

وفي ٢٤ تموز : لم يعد في البول اثر للمتحولات ، والبول صافياً ، وآلام المثانة زالت تماماً .

وفي ٧ آب : غادر المريض المستشفى وانتظم في سلك فرقة عسكرية حيث كان بوله في هذا اليوم صافياً سحائبي المنظر قليلاً فيه نزر يسير من الآح لاقيمة له نسبة الى فحوص البول السابقة ، هذا عدا اننا لم نجد فيه طفيلياً واحداً . عوين المريض في ايلول وتشرين الاول سنة ١٩٢٦ وما انفك الآح الزهيد يبدو بشكل سحاب في بوله .

وفي ١٩ كانون الثاني سنة ١٩٢٧ : فحص للمرة الاخيرة بعد اربعة اشهر ونصف شهر خلت من المداواة فكان المريض متمتعاً بصحة جيدة ، ولم يعد يشكو اضطراب البول ، وهذا وان البول رائق لا يحوي ذرة آح قط .
المشاهدة الثانية (للحكم شوفاليه)

عقيلة « ب » سورية في العقد الثاني من العمر زوجت في غضون عام ١٩٢٥ وحدث لها في مستهل زواجها التهاب فرجي مهلي خفيف الوطأة صاحبه سيلان ايض لم يستدع اهتمامنا كثيراً . ولما سئحت لي الفرصة لمشاهدة هذه المريضة ، كان ذلك عقب زواجها بستة اشهر ، عندما مثل امامي امرأة قصيرة القامة ، نحيفة ^(١) الجسم شاحبة اللون . ولكن لدى فحصها والتبجحات عن احوالها السابقة لم أجد امراً يلفت النظر ولا سيفياً يتعلق بمحادث زحارية حادة او مزمنة . من اجل هذا : لم نغن الا بالتهاب المهبل والفرج فوجئنا اليه المعالجة اللازمة « في تشرين الاول سنة ١٩٢٥ » حتى بدت على صحة المريضة بعد اربعة

(١) النحيف خلقة والمزبل والنحيل مرضاً

اشهر ١٩١ شباط سنة ١٩٢٦) آيات التقدم .

هذا ، ومما يجدر ذكره ان أخذها بالامس (١٨ شباط سنة ١٩٢٧) بينا كانت طافحة بالرحمة ببول (dysurie) وآلام في ناحية الختل تشتد اثناء البيلة حتى اصبحت تبول من جراء ذلك قطرة قطرة ، ودام ذلك حتى الساعة العاشرة مساءً . ثم نامت مريضتنا حتى الصباح وبات عندها بولاً لم يتخلله ادنى ألم .

لاحظت المريضة ان هجمة الالم هذه حصلت اثر طعام غني بالبهارات ، وان طمئنها بدأ يقل شيئاً فشيئاً ، وهذا ما حملها على سرد حوادث مشابهة لهذه ، اتفقت لها منذ مقدمة زواجها اذ كانت اصيبت بحمى .
ولدى فحصها شاهداً فرجاً شاحب اللون يغشيه بعض مفرزات مائعة وتحققنا باللمس ان اعضاء الحوض سليمة .

اما داء المتحولات البولي فلم يرد الى بالناي لم يكن موضع الشبهة ؟ فهذه الآلام التي تظاهرت باضطراب البول ثم توارت كان لها على ما يظهر علاقة بالطعام الكثير البهارات ، ولكن بقاء القولنجات الخفيفة صباحاً قبل التغوط حداً بنا الى فحص الغائط فرغبنا الى رئيس المخبر الحكيم ميغاربان (Megarbane) ان يجر به فعمل ولم يجد الا بيوض شعرية الرأس (تريكوسيفال) .

وفي ٢٩ آذار : تقدمت الينا هذه المريضة الفتية شاكية هجمة التهاب مثانة طرأت عليها منذ ايام ثلاثة . اما البيلة فظلت طبيعية ما بين هاتين الهجمتين اذ في السادس والعشرين من شهر آذار في الساعة الحادية عشرة صباحاً شعرت

بحس احتراق في البيلة وازدياد البوال قليلاً دون ما ألم في الحثل ولا حمى ولا اية حادثة اخرى . كانت تقضي الليل هادئة دون ان تنهض للبيلة ، والحرقه اخذتها في اليوم التالي حتى المساء ، وبقيت هذه الليلة كالسابقة لم يتورها امر يعكر صفوها ويخل براحتها الا هجمة خفيفة الوطأة ظهرت فجأة ثم اختفت من نفسها .

وفي هذه المرة فحص البول الحكيم ميغاربان (في ٢٧ / ٣ / ٢٦) فكان عكر المنظر فيه عدد كثير من الكريات البيضاء وخلايا المثانة والكريات الحمراء بعد التثفيل والفحص الحي (à l'état frais) ولم يكن فيه اثر للمتحولات . اما الاحين (البومين) فموجود .

وفي ٢٨ / ٢ / ٢٦ : اخذنا البول في قرح معقم فكان فيه (كريات بيضاء ، وخلايا المثانة) الا اننا لم نلاحظ كريات حمراء او متحولات حية او آحينا . اما الغائط فكانت فيه دائماً ييوض شعرية الرأس (تريكوسيفال) دون متحولات . ولم تكشف بفحص المريضة اية نقطة بولية مؤلمة او شيء غير طبيعي في مواضع الجسم الاخرى .

كان العلاج كلورمائية الامتين حقناً تحت الجلد . اما المريضة فقد كتب لي ان اراها بعد تلك المدة في الشهر الثاني من حملها الاول ولم تصبها حادثة مثانية جديدة قط وكانت ولادتها طبيعية في (٨ كانون الاول) ثم رايت المريضة ثانياً في ٤ تموز سنة ١٩٢٧ وهي مترعة عافية ونشاطاً ولم تشك لي اقل تشوش مثاني او خلل هضمي او ما شاكل ذلك .

المشاهدة الثالثة (للحكيمين شوقايه ، ومركيز)

« م . د » سوري في السابعة والعشرين من العمر اصابته حرقه بول (blennorrhagie) مزمنة اصبحت شغله الشاغل آناء الليل واطراف النهار . بدا سيلانها في عام ١٩٢٣ واخفقت المعالجة المحضضة والغسولات المنتظمة فيها . وقد نزلت به حادثة التهاب مثانة رافقتها بيلة دموية وآلام قطنية وحى الزمته فراشه دون ان تقطع تماماً فاستشار جماعفيراً من الاطباء وكنت منهم واذكر اني شاهدت المريض للمرة الاولى منذ عام ١٩٢٣ بناء على طلب طبيبهِ المداوي . اما الان فالمرضى يبدي نوعاً من التهاب المثة الخفيف الحدة وعدة اضطرابات بولية : كآلام القطنية والمثانية وتشوش البيلة التي لازمته منذ ذلك الحين .

وهكذا كنا في عام ١٩٢٥ اشرنا على المريض ان يعتمد على الطبيب الماحور روسيل (Roussille) جراح مستشفى حلب العسكري والاختصاصي بالامراض البولية وهذا رغم طول صبره في مداواته طبق الاصول خاب مسعاه في مكافحة التشوشات المثانية مما دعاه الى فحص البول في (١٥ نيسان سنة ١٩٢٥) من قبل الطبيب الماحور دونوو (Denoeux) رئيس مخبر الجراثيم في المستشفى العسكري فكانت نتيجة الفحص ان فيه اكياس المتحولات واما فحص الغائط الذي اضطر الطبيب الى اجرائه نظراً الى تشوشات الهضم التي يبديها المريض منذ عشر سنين (وهي القبض غير المنتظم) فقد اظهر ان الفوسفاة كثيرة فيه .

ان المعالجة بالامتئين ثم بالاستوفارسول والتر يارسول افادت في خلل الهضم

كثيراً (كاتنظام امر التغوط وزوال القبض) ولكن التشوش البولي لم يتبدل ففسلت المئانة بمحلول نتراة الفضة .

ان هذه التشوشات البولية تتصف بميل متفاوت الدرجات الى البيلة وحس احتراق اثناء قذف البول ، وآلام في ناحية العجان ، وبيلة فوسفورية تزداد خاصة بعد التعب والمؤثرات النفسانية والغضب واضطراب الفكر والبرد وقد لعبت هذه العوامل دوراً كبيراً في حالة المريض الروحية .

فحص المريض بدورات متتالية ، ولم يزل يشكو آلامه الموهدة دون ان يفسح لنا الاستقصاء البولي وجهاً للحل ، اللهم الا موثة قليلة التحذب وحساسة لدى اللمس ، لم يكشف لنا الاستقصاء فيها شيئاً يصح معه الاعتماد عليه ، كما ان الاستقصاء في الاحليل لم يبد لنا امرأ غير طبيعي ، وسعة المئانة طبيعية . وكانت المعالجة بالامتين ، والستوفارسول ، والتريارسول ، معالجة سددت ضد المتحولات وقد اجريت مرات عديدة منذ ١٩٢٥ ولكنها لم تجد نفعا . اما حرقة البول التي اصاب بها مريضاً في تموز ١٩٢٨ فقد افادتنا كثيراً فان فحص البول المجري المجري في ٢٧ تموز ١٩٢٧ من قبل الطبيب الماحور (سوندك) طبيب المستشفيات العسكرية . بحلب دلنا على متحولات زحارية وها هي خلاصة هذا الفحص :

في القدر الاول : كثير من كريات القيقح ، مع كثيرات النوى ، وقليل من المكورات البنية ، والخلايا البشرية المختلطة مع المتحولات .

في القدر الثاني : كثير من كريات القيقح ، فوصفاة الشادر والمغنيزيا بعض مكورات عنقودية آخذة لغرام .

في القدح الثالث : كثير من كريات القميص ، فوصفاة الشادر والمغنيزيا وكثير من المكورات العنقودية ، والمكورات الدقيقة البولية (ميكروكوس اورا) لجأنا بعد هذا الى فحص جديد في البول انكشفت لنا فيه المتحولات ، واليك خلاصة هذا الفحص المجري من قبل الماجور سونداك .

ان تجارب الاقداح الثلاثة احرزنا فيها بولاً عكراً لا يلبث ان يصفو وفحص ثفالة البول بعد التثفيل أُجري على نماذج البول الثلاثة بحالة عبيطة (حية) ثم بعد التثبيت قد حظينا منه بالتائج الآتية :

١ - فوصفاة الشادر والمغنيزيا : عدد كبير من البلورات بشكلها الوصفي

٢ - متحولات وصفية بابعادها وغلافاتها الواضحة وهيولاهها المحبة .

واما بعد التثبيت بهما تو كسيلين هيدنهاين الحديدي فقد شوهدت نوى المتحولات الاربع وهذه المتحولات تبدوا تارة وحيدة وتارة مثنى مثنى دون ان تختلط باي عنصر من عناصر البول .

٣ - مكورات عنقودية بكثرة .

هذه هي مشاهدة على حرقة البول المزمنة مع التهاب المثانة المزمن عثرنا في سيرها ذي الكرّتين البعيدتين على متحولات في البول ، وحقيقة ان حرقة البول وانتانات المثانة التالية حالت دون بروز اثار المتحولات بوجه يتلأّم مع الاعراض التي يشكوها المريض .

اما المعالجة المختلطة المركبة من لقاح المكورات العنقودية الذاتي (auto - vaccin staphylococcique) وغسولات المثانة والارسنوبانزول فقد وضعت

تحت التجربة .

فلنسجل الان صفحة من وقوع داء المتحولات المزمن في سورية الشمالية
ومما يجولونا الامر ان اب المريض وامه حاملان للمتحول الزحاري المتظاهر
بتشوشات كولونية مزمنة .

وانا ليتراءى لنا في المشاهدات التي تقدمت والتي كانت نشرت ان قائمة
التهاب المثانة المزمن لم تنضج ابجاثا بعد . وعلى كل فمالم مشاحة فيه ان
الالتهاب يسير بادی ذي بدء شديداً في الغالب ، والتشوشات قابلة للاختفاء
عفواً كما حدث ذلك اريض المشاهدة الثانية ، وتظهر في اثناء ذلك بيلة
دموية اشارت اليها عقيله بانايوتاتو في مشاهداتها الاربع وقد نقصت في مشاهدتنا
الثانية حس الاحتراق والالام اثناء البيلة ، وصعوبة طرح البول ، والبول
وحس ثقل او الام في ناحية الخنثل ظهرت في مشاهدتنا كما في مشاهدات
غيرنا من الباحثين .

ويلوح لنا ان هذا الاستقرار المتحولي حساس لا يقوى على المداواة المضادة
للزحار ، ومشاهدات عقيلة بنايايوتاتو تدعم هذا الامر . وفي مشاهدتنا الاولى
لم تقاوم هذه المتحولات المعالجة بالامتين الا عشرة ايام حتى ان المتحولات زالت
بعد (١٤) يوماً ولم نجد لها اثرأ ، والمريض بعد بضعة اشهر من معالجته لم يظهر
فيه ما يدل على النكس ، ومشاهدتنا الثانية حيث التشوشات المثانية كانت
ازدادت من تلقاء نفسها لا تذهب بنا نحو الظن بالنكس ، لانه لا يعقل ان يحدث
النكس بعد مضي (١٨) شهراً من معالجتنا للمتحولات .

سيفي مشاهدتنا الثالثة ما برحت المتحولات موجودة رغم المداواة

الخاصة . ولكن الامر الذي لا مندوحة عن ذكره هو التساؤل عما اذا كانت المتحولات استقرت هنا مبدئياً او تطرقت من زحار الامعاء المزمن ؟ ان اختفاء المتحولات في فحص البول في ٢٧ تموز عقب معالجة ضد المتحولات وظهورها مدة اشهر بعد ترك المعالجة يحملنا على التمسك باهداب الرأي الاخير .

ان المصدر المعوي في هذه المتحولات الثانية امر مسلم لا مرأ فيه ، ومريض المشاهدة الاولى لم يشك لنا حوادث زحار معوي لكن غائطه لم يفحص وقتئذٍ ، لذلك كان من الأفتن في الرأي ان نجزم باستقرار المتحولات المبدئي في المثانة . على ان فقدان المتحولات في الغائط (في المشاهدة الثانية) لا يدفعنا الى قبول استقرار المتحولات مبدئياً في المثانة للسببين الآتين :

اولاً : لأن فحص الغائط لم يكن متتابعاً المرة تلو المرة حتى نستطيع طرحه جانباً . ولان المريض يبدي ادواراً منفية في الوقت الذي لم يعدم اكياس المتحولات .

ثانياً : ان حدوث داء المتحولات المعوية المزمن ذي التظاهرات السريرية الناقصة كثير في سكان حلب وسورية الشمالية ومريض مشاهدتنا الثانية مصداق لذلك .

وان الاستناد الى فقدان المتحولات في الغائط لاثبات امكان استقرار داء المتحولات البولي مبدئياً كما فعل بيروت (Beyrot) هو خطأ صراح واستنتاج باطل لا جدال فيه ، وكان الاخرى بهذا ان يجري فحوصاً مستمرة وتبيمات كثيرة لا يفصل بينها زمن طويل حتى يكون على بينة من صحة مزاعمه . ومع

ذلك فإنه يصرح في احدى مشاهداته انه عثر في خلال فحوصه على لمبيات في الغائط ونحن نعلم مبلغ اشتراك اللمبيات مع المتحولات الزحارية جنباً لجنب .

ان المصدر التالي لداء المتحولات المثاني اقره الكثيرون ومنهم بتزيتاكيس (Petzetakis) وعقيلة بنايوتاتو .

اجل لا خلاف ان داء المتحولات المثاني موجود والتجارب التي اجريت بشأنه قد ايدت ذلك . ولكن ليس في وسعنا قبول الاعتراضات الاتية التي قدمت في سياق مناقشة جرت في جمعية البلاد الحارة الطبية الصحية حول نفي هذا الاستقرار الزحاري وهي :

اولاً - داء المتحولات المثاني لم يصادف الا في مصر وامريكا الجنوبية .
ثانياً - ربما كان تميز المتحولات عن البلعمات الكبيرة (macrophage) المحتوية في جوفها على الكريات الحمراء والخلايا البشرية امراً مستصعباً .

فلاعتراض الاول نجاحه بمشاهداته . لا شك ان داء المتحولات المثاني نادر ولكن من المحتمل انه يقع بصورة غير محسوسة لحلو المريض من اعراضه وامكان شفاؤه العفوي الامر الذي يبين لنا سر اهمال المريض نفسه له الا قليلاً . وان ما نتحفظنا به المخبر دون ان يقرن بالاعراض السريرية يجعلنا في حيرة من صحة الامر ما لم يجر فحص البول النظامي من الوجهة الطفيلية . أفكان يجرى هذا الفحص غالباً ياترى ؟

اما الاعتراض الثاني فتذله مقدرة الجراثيمين الذين انهكوا ابصارهم منذ

سنتين ، وهم دائبون على متابعة اعمالهم بتحري المتحولات عدة مرات في
نهار واحد .

هذا وقد انهينا مشاهداتنا الثلاث فيما يتعلق بالتهاب المثانة نتقدم الان
بمشاهدتنا الوحيدة عن التهاب الحويضة والكلية التي صادفنا فيها متحولات في
البول وكان للمداواة المضادة للزحار في شفاؤها اليد الطولى .
المشاهدة الرابعة (للحكيم شوفاليه)

عقيلة (س . ك) سورية لها من العمر خمس وعشرون سنة اتت الي للمرة
الاولى في العشرين من ايلول سنة ١٩٢٧ تشكو :

١ - تشوشات هضمية كانت قد اعترتها منذ سنتين ونصف سنة عولجت
- والنجاح كان رائدها - بمختلف الوسائل حسب التشخيص الذي كان قد
وضع (٢) بيلة آحينية اصيبت بها في سياق حملها الحالي .
القيت جانباً تشوشاتها الهضمية الماثلة بالآلام المعدة والقبض واصبحت
اصيخ الى حوادثها البولية .

حملها الحالي طبيعي ، لم يعر المريضة في مقدمته الابعض غثائانات (nausées)
وهي الان في شهرها السابع ومنذ شهر ونصف شهر اخذتها حمى وآلام في القطن
وقد ابدى لنا فحص البول ان فيه ٢٥٠٠ ستنغم من الاحين في اللتر والفحص
المجهري لم يكن مجرياً .

ولكن منذ ذلك الحين بقي البول عكراً ومعايرة الاح التي اعيدت الكرة
عليه كثيراً كانت ثابتة على مقدار واحد ولم تكن هنالك مفرزات مهلية
والمريضة تتألم من القبض والتعب والحى الخفيفة الوطأة والقمة والفحص الطبيعي

(الفيزيكي) ابدى لنا رشحاً حاملاً والاماً مبرحة لدى القرع في ناحية القطن
 اليمنى (علامة جيوردانو وفيز Giordano & Venise) هذه العلامة التي لم تكن
 اهميتها منحصرة في الرمل فحسب كما بين ذلك جيوردانو ، بل في جميع التهابات
 الحويضة والكلية .

فاستناداً الى ماضي المريضة والتحقيقات التي اجريناها بهذا الشأن كان
 التهاب الحويضة والكلية الحاد هو المحتمل اكثر من غيره والفحص المجري
 أتنا بالتائج التالية :

بول يسوده عكر متجانس ، الاحين فيه (٠ ١٤٠) سنتغم ، قيح بكثرة
 مع كمية من الجراثيم العسوية الثابتة (لونت على طريقة غرام من قبل الحكيم
 ميغاربان (٢١ / ٩ / ٢٧)

كوفخت هذه العراقل بالحمية اللبنة والشعيرة والخضرية والمدرات
 ومضادات العفونة البولية (مثل الاوريزانين وغسولات شرجية منبهة لافراز
 الصفراء بالركتوبانيلين rectopaniline) وفي ٢ تشرين الاول فحص البول
 الحكيم ميغاربان فوجد مقدار الاحين (٠ ١٥٠) سنتغم والكريات البيضاء
 وعصيات الكولون بكميات وفيرة . فحقنت باللقاحات الذاتية ثم تقدمت حالة
 المريضة وخفت هذه المعالجة من آلام كليتها (٧ تشرين الاول) .

في ١٠ تشرين الاول : البول عكر ، مقدار الاحين ٠ ١٥٠ سنتغم ليلة
 قيحية (pyurie) ، عصيات الكولون اقل كمية ، حقن الوريد بالاوروفورمين
 (uroformie) .

١٥ تشرين الثاني : تحسن محسوس ، اجري لقاح ذاتي مرتين كل اسبوع ،

وحقن الوريد بالاوروفورمين ، تحسن الاشتها زالت الحرارة منذ عشرين يوماً
ونقصت اضطرابات الهضم واخذ غائطها مجراه الطبيعي . واصبحت اله كليتها
نادراً وتناقص البوال ليلاً ، اعطيت الاوروفورمين بطريق الفم .

٢٢ تشرين الثاني : علامة جيوردانو مثبتة دائماً ومهما كنا نبذل من اللطف

في تحري هذه العلامة كانت المريضة تألم الما جسماً وتبقى متألماً بضعة ايام .
تفاعل البول معتدل ، حقن بكلورور الكليسيوم في الوقت الذي كان يجري
فيه الحقن بالاوروفورمين .

٣٠ تشرين الثاني : ولدت المريضة في مستشفى القديس لويس ولادة طبيعية
وضعت صبيّاً والقت المشيمة دون توسط جراحي .

في ليلة ولادتها اتابتها في الساعة الواحدة آلام في كليتها اليمنى كانت
سورتها ضعيفة ثم ما لبثت ان ازدادت وبقيت كذلك حتى الساعة التاسعة اذ
بلغت حدها الاقصى ، واستطاعت ان تبول نحو الساعة الثانية ، ولم تعد تبول ،
منذ ذلك الحين ، وعلامة جيوردانو مثبتة جداً .

كافحنا هجمة التهاب الكلية واخويضة هذه بحقن الوريد بالاوروفورمين
وغزارة المشروبات المدرة والحمية السائلة تقريباً والحقن الشرجية رغم
الاسهال الخفيف .

في الساعة الحادية عشرة صباحاً نشأت حادثة غريبة في بائها وظلت
كذلك حتى صباح اليوم الثاني وهي انصباب مائع غزير لا لون له ولا رائحة
من المهبل من حين لا آخر وكان يعقب انفراز هذا السائل هجوع في الآلام
الختلية (القولنجات الرحمية) .

إذاً في خلال ٢٤ ساعة لم تبزل المريضة والفترة التي اجريت الساعة ١١ في ٢ كانون الاول لم تخرج سوى ١٥٠ غم من البول الصافي الحالي من الرائحة وان الامر الذي يتبادر الى الذهن هو التساؤل عما اذا كانت المفرزات المائية التي انحدرت من المهبل ولم تكن تتصف بصفات الزهل (lochies) / افرازاً اعاض عن نقص الافراز البولي .

ومع هذا كله ، بقيت حالة المريضة العامة حسنة ، حرارتها علت في مساء ٢ كانون الاول الى ٣٩ ، ٢ بدون ان تنفضها عرواء ، الآلام الكلوية تضاءلت ، ولم يطرأ في الليل شيء الا عرق غزير واما البطن فلين ، والرحم فمدورة في وسط البطن والعلاج نفسه لم يغير .

وفي ٣ كانون الاول : بدأت الحرارة تهبط فبلغت ٣٨ ، ٦ صباحاً و ٣٧ ، ٤ مساءً ، والآلام القطنية تناقصت ، وغزر البول ولم يعد السيلان المائي الى الظهور منذ الامس ، وقل العرق فحص جسمها كله فلم يبد شيء يوء به له .
وفي ٤ كانون الاول الحرارة صباحاً ٣٧ ، ٢ ومساءً ٣٨ وقضت المريضة ليلاً حسناً .

وفي ٥ كانون الاول : الحرارة طبيعية ، اضطربت ليلاً وعرقت عرقاً غزيراً تلاشت آلام قطنها من نفسها .

الكلى اليمنى بالجلس ضخمة وموءلة قليلاً ، ثوبر على حقن الاوروفورمين في الوريد و كلورور الكلسيوم ايضاً .

كان البول معتدلاً عند طرحه واجريت حقنة شرجية مسهلة بالامس .
اخذت الحالة تحسن في الايام التالية ولكن ما برح البول مسدخ رقيق

(تفاعل النشادر مثبت) . وكانت الكلية اليمنى موءمة دائماً وكان يعترى المريضة حس ثقل في ناحية كليتها اليمنى متى اضطجعت على الجانب الأيسر ، سألت الطبيب الماحور سوندان ان يفحص البول فوافانا بما يأتي :

الرسوب بعد التثفيل (او تركه يثقل من نفسه) ذو لون ضارب الى البياض دخاني المنظر كالضباب ، ولدى فحص هذه الرسوب وجد :

١ - في الحالة الحية (العبيطة) : كثير من الكريات البيضاء ، وبعض متحولات ذات اشكال وصفية بانتظام رباعي (à type tétragène) فرادى او مجتمعة ثنتى او ثلاث . بحبيباتها الهيولية وغلافاتها الواضحة بعكس الكريات البيضاء والخلايا البشرية التي ليس لها ظرف واضح بل متموج دون ان تختلط ببقية العناصر الطفيلية والخلوية .

٢ - بعد التلوين : بدت رزمة جراثيم عديدة هي عصيات الكولون والمكورات المعوية وعدد عظيم من الكريات البيضاء الكثيرة النوى والوحيدة النواة بمقادير متساوية .

واخيراً استطعنا تمييز خلايا بشرية مكعبة مجتمعة الى بعضها في الغالب مصدرها بشرة الاحليل والحويضة .

منذ ذلك الحين عالجنا المريضة معالجة خاصة بالاضطرابات المعوية المزمنة (التي يغلب ان تكون متحولية ، ولم تشأ الظروف ان تدعمها جرثومياً) فاعطيناها السانلوثول (sanluol) بطريق الفم وهو مركب زرينخي .

لم يعد فحص بول المريضة ثانية ، لكن صحتها تقدمت تقدماً تراتح اليه النفس ، والتشوشات المثانية اخذت تختفي . وفي ٢١ كانون الثاني

كانت علامة جيوراندو والالام العفوية سلبية فتوبر على اعطاء السانلوثول عدة اشهر بمقدار ١٢٠ . سنتغم يومياً وكانت ابر بضعة حتى امس (٥ نيسان سنة ١٩٢٨) متمتعة بكال صحتها .

هذه مشاهدة التهاب الحويضة والكلية في سياق الحمل ناجمة من عصابات الكولون انضمت اليها فيما بعد مكورات المعى (انتروكوك) ومتحولات الزحار ولا شك اننا نتساءل في مشاهدتنا الثالثة عما اذا كانت القضية قضية استقرار زحاري صرف او ان هذه العناصر المرضية الموجودة عند حواملها منذ امد بعيد تتخذ التهاب الاعضاء بجراثيم اخرى غير المتحولات فرصة لتعيش فيها ضرراً .

كل هذا يدعونا الى تحري المتحولات في البول القيحي تحرياً نظامياً كما لو كنا نتحرى نفلات اقية من مصدر قصبي رئوي .



انسداد الامعاء

للحكيم لوسر كل امتاذا السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

انسداد الامعاء هو حالة مرضية متصفة بوقوف مجرى المواد الغائطة والغازات وقوفاً تاماً او ناقصاً فجائياً او تدريجياً في الامعاء الدقيقة او الغليظة . هو مرض متصف باعراض مبكرة بعضها دال على وقوف مجرى الغائط والغاز والبعض الاخر على تأذي الحالة العامة تأذياً شديداً وسريعاً .

فمن اعراضه الالم الذي قد يكون شديداً وكائناً حول السرة او في الناحية القطنية تصحبه بعض العوارض الانعكاسية في البدء كالقيء الغثائي اذا كان المريض قد تناول طعاما او الصفر اوي او المخاطي اذا كانت معدته فارغة وكالتغوط الذي سببه تنبه العصب التائه الذي ادى الى الانسداد وكالزلة او ابطاء النبض اما الاعراض الموضعية فهي الغشي الدال على توسع العرى الكائنة فوق العائق وحركة زحف هذه العرى حسب الاتجاه نفسه .

هذا عدا اعراض التسمم العام الشديد .

السير : يسير هذا المرض بثلاثة ادوار :

دور الاعراض الموضعية .

دور تهجم الاعراض به بعض المجوع .

دور يكون به التسمم شديداً فيفضي الى الموت .

اما عوارض الزمن الاول فهي عوارض انعكاسية المنشأ دالة على دفاع المعى
ازاء العائق ثم توقفه عن الدفاع بعد ان يرى نفسه عاجزاً
ولهذا نرى ان وهن الامعاء واجتماع المواد الغائضة وسوائل المفرزات
والغازات في النقطة الواقعة فوق الانسداد والتطبل الناشئ من الشلل كل هذا
يعقب الزمن الذي كانت الامعاء تنقلص به تقلصاً عنيفاً . وتفقد الامعاء في
تلك الاقسام خاصتها الكتيمة (impermeabilité) فقد أسرعاً فتنفذ فيها الاجزاء
السامة وتسمم العضوية .

واما في زمن المهجوع الخداع : فيخيل ان الحالة قد تحسنت لان الامعاء تلقي
سلاحها رافضة العراك ولان العوارض الانعكاسية والاعراض المؤلمة تهجع .
غير ان الامتصاص لا يلبث ان يتم لان آفات الغشاء المخاطي تسهل على المواد
السامة المرور في الاوعية اولان عودتها الى الاقسام العليا من الامعاء الواقعة
فوق الانسداد والمقاربة بامتصاصها لامتصاص الامعاء السليمة تهون عليها ذلك
فتبدو حينئذ علامات التسمم فتتشوش وظيفتا الكلية والكبد ويتبدل التوتر
الدموي ويدخل المريض حينئذ الدور الاخير .

دور التسمم : يمتاز بعوارض فاجعة فتعود الاقياء الى الظهور وتسمم البصلة
فتظهر عوارض تنبى العصب التائه : القيء ، القولنج ، العرق البارد ، تشوش
نظم (arythmie) القلب تشوشات الدوران والتنفس والخب ومهما تكن الالية
فان الموت سيقع وسببه التسمم الشديد .

التهاب الخلب : هو اكثر العراquil (complications) حدوثاً في انسداد
الامعاء . تضاف ذيفانات الجرثيم المحدثه له الى الذيفانات الناجمة من الامعاء . فتصدم

العضوية التي عاها الانسداد صدمة عنيفة .

ولا يلبث الموت ان يتختم هذا المشهد الرابع سواء اطرأ في اثناء العملية ام بعدها لان نزاع العائق لا يكفي انجساة المريض وكيف يكفي ومرور محتوى الامعاء السام الموجود في قطعة من الامعاء قليلة الامتصاص الى قطعة جديدة لا يزال امتصاصها طبيعياً يزيد في الطين بلة فيسمم المريض تسميماً شديداً سريعاً ويصرعه . ويضاف الى هذا التسمم الذاتي التسمم بالمادة المخدرة .

هذا هو المشهد الذي يثلثه انسداد الامعاء فعلياً ان نشخصه سريعاً لكي نجعل في مداواته .

التشخيص المميز : بماذا يلتبس هذا الداء ؟

ان التهاب الخلب يلتبس بالانسداد لانه آفة بطنية موءمة حادة السير تصحبها توقف المواد الغائطة والغازات واقياء غذائية فمخاطية فصفراوية وتطبل .

يقال في تمييز احد المرضين عن الاخر : ١ - ان في التهاب الخلب انصباباً في البطن وان هناك صمماً (matité) متحركاً واقعاً في الاسفل غير ان بعض انسدادات الامعاء قد يصحبها حبن .

٢ - يقال ان جدار البطن يتقلص تقلصاً دفاعياً وانه متقفع في التهاب الخلب (البريطون) بيد انه لين في انسداد الامعاء ومتوسع توسعاً انفعالياً والدفاع الجداري قد يشاهد في بدء الانسداد .

٣ - يقال ان الحى تصحب التهاب الخلب الحاد وهي قد تصحب انسداد الامعاء ايضاً وقد لا تصحب بعض التهابات الخلب الحادة .

فيستنتج مما تقدم انه ما من علامة من علامات الانسداد الاساسية كافية في البدء للدلالة على المرض اذا عدت وحدها وجردت عن العلامات الاخرى المصاحبة لها . لان التهاب المعشكة (البنكرياس) الحاد والقولنجين الكلوي والصفراوي وعوارض الحمل خارج الرحم وانفتال كيس المبيض وبعض هجمات التهاب الملحقات الحادة والتهابات الحلب الناجمة من التهاب المرارة والمجاري الصفراوية او من التهاب الزائدة ونوب السهام (tabès) المعدية نفسها تشابه الانسداد .

فما هي اذن العلامات الثبته للحرض ؟

ان توقف المواد الغائطة والغازات لا يعد علامة اكيد، الا اذا استمر فلا يجوز اتخاذه كعلامة مثبتة للمرض .
والقيء الغائطي الشكل علامة متأخرة ايضاً لا يجوز انتظارها اذا كنا لا نرغب في اجراء عملية لشخص محتضر .

اما العلامات الموضعية فتكفي . فدي الطبيب منذ البدء وشاهدها لاثبات التشخيص والاسراع في المعالجة الجراحية . وكلما بكر في التشخيص والمعالجة كان الانذار حسناً . فالتقلصات الاستدارية الموضعية وتوسع العروة المعوية الواقعة فوق العائق او علامة فون واهل لها الاهمية العظمى في التشخيص .

التشخيص الاشعاعي : قد اشار البعض بالاستناد اليه غير انه لا يعد مستنداً ثابتاً . فمتى التهاب الحلب وكان التهابه ناجماً من انتقاب الامعاء تعذر هذا الفحص غير ان المعاينة الاشعاعية والرسم الاشعاعي بدون تحضير سابق اي

بدون اعطاء الباريت قد يرشد الى مقر الانسداد .

وصفوة القول ان التشخيص صعب للغاية ومهما يكن الامر ، التهاب الحلب او انسداد الامعاء ، يجب اجراء العملية والتعجيل في اجرائها . واذا بقي الشك كان فتح البطن الاستقصائي خيراً من الامتناع عنه لان فتح البطن اذا لم يكن فيه ما يدعو الى العملية افضل من الامتناع عنه اذا كان في الامعاء انسداد مجهول . ومتى ثبت الانسداد يجب التساؤل عما اذا كانت داخلياً او خارجياً فلنفتش عن الفتق المحتنق ولا ننس فتق الخط الابيض ومتى نفينا الفتق كان علينا ان نعين مقر الانسداد .

٢ - - سببه .

يقال : ان انسداد الامعاء الدقيقة يمتاز عن انسداد الامعاء الغليظة بشدة التقلصات المتدارية اي بالعلامات الموضعية وان انسداد الامعاء الغليظة يمتاز بعائق واقع بعد الزاوية الكبدية يكاد يصحبه دائماً توسع الاعور . ولا نعتمد كثيراً على هذه العلامات .

لا انكر ان اصعب الانسدادات تشخيصاً الانسدادات الواقعة في القسم الاول من المعى الدقيق وسبب الصعوبة مشابهة هذه الافة لكثير من الآفات الاخرى فان الاقياء في التهابات السحايا او تنبها وفي بعض الحالات العصبية وبعض اشكال استبالة الدم (urémie) وبعض التسمات وبعض نوب المعدة تشابه الانسداد وتوءذي الحالة العامة اذىً شديداً .

ولا يجلى تشخيص السبب ايضاً في اكثر الاوقات الا بعد فتح البطن . ومع ذلك فعلياً ان نعلم ان الاسباب تقسم ثلاث فئات أ - الافات الواقعة خارج

الامعاء وتكون خارج جدار البطن .

٢ - الافات الراقعة في الامعاء وتكون في البطن .

٣ - تشوش وظيفة جدر الامعاء وآفاتهما .

وان التعليمات التالية ترشدنا بعض الارشاد .

متى كان المصاب طفلاً : وكان تغطوه مدمماً والورم مشعوراً به بالمس الشرجي او سهل المنال كان الامر انغلالاً^(١)

متى كان المريض قد اصيب في ماضي حياته بحالة خلية وكان بدء انسداده فجائياً وسيره سريعاً كان مقر الانسداد في المعى الدقيق وكانت اللجم سببه .

متى كانت المرأة كهلة أو شيخخة وكانت قد اصبحت بنوب رمل صفراوي كانت الحصاة الصفراوية سبب الانسداد .

متى كان المريض رجلاً مسناً وكانت قد اعترته علامات ضيق سابقة وتشوشات في المستقيم والسين الحرقفي مع تغطوط مدمم او بدونه كان السرطان السبب .

متى كان المريض كهلاً أو شيخخاً وكان في البطن جسم جسيم غير متناظر كان انفثال المعى (volvulus) السبب اما الانغلال فيستقر غالباً في الاعور .

واما اللجم فتستقر في جميع اقسام الامعاء الدقيقة .

واما الحصاة الصفراوية فتقف عادة في القسم النهائي من الصائم في النقطة التي تصعد بها العروة من الحوض نحو الاعور .

واما السرطان فأكثر مقره في الامعاء الغليظة .

(١) الانغلال او الانغلاف ترجمة (invagination)

واما افتتال المعى فاكثر وقوعه في الكولون الحوضي .
واذا شئنا تعليمات ادق مما ذكرت للتشخيص قلنا :

ان انغلاف الامعاء اختناقاً يتصف بتطبل منحصر في قسم من الامعاء بدون تقلبات استدارية في ذلك القسم وانغلاف الامعاء انسداداً يكون التطبل فيه مستقرّاً في قسم من الامعاء والتقلصات الاستدارية شديدة للغاية والتقلصات الاستدارية المضادة متقطعة .

وانغلاف الامعاء شللاً يتصف بتوسع شديد لا تصحبه علامات تقلصات استدارية كبيرة .

اما الانذار . فوخيم لان الوفيات لا تقل بعد العمليات عن ٥٠ - ٦٠ ٪ .
وان التبكير في المعالجة الجراحية هو الشرط الاسمي في حسن الانذار . واننا نقول والاسف . ملء قلوبنا ان مرضانا لا يصلون اليها الا بعد ان يكونوا قد اضاعوا الوقت في المعالجة الدوائية التي لا طائل تحتها وانهم يأتوننا بعد خيبة تلك المعالجة .

ويتبدل الانذار باختلاف العمر ومتانة جسد المريض وباختلاف مقر الانسداد فان السفلي منه اقل وخامة من العلوي .

ويختلف الانذار ايضا بتنوع الطريقة التي استعملت في المعالجة . فقد ثبت ان الانسداد الالي لا تجع فيه غير المعالجة الجراحية وان حسن النتيجة متعلق بالتعجيل في اجرائها واما الانسداد الوظيفي فلا تفيد فيه المعالجة الجراحية اكثر مما تفيد المعالجة الدوائية . بل قد تكون فائدتها اقل من تلك واما متى شك في تشخيص السبب فالعملية الجراحية واجبة للاستقصاء على ان يكر فيها .

فتحسين الانذار يتعلق اذن بالمعالجة الجراحية . وتقوم المعالجة الفضلى بازالة العائق واعادة المواد الغائطة والغازات الى مجراها الطبيعي غير ان هذا الامر يصعب تحقيقه في جميع الحالات ولا سيما في زمن واحد . فقد اثبت الاختبار انه متى كان العائق مسببا من سرطان واقع في الامعاء الغليظة ومضيق لها كان استئصاله دفعة واحدة املا باعادة مجرى الغائط الى ما كان عليه خطراً للغاية . وخير ما يصنع تحويل المجرى بايجاد شرح اصطناعي فوق النقطة المتضيقة . ومتى خف التهاب في المعى المبتلى بالسرطان وزالت اعراض الانسداد حاول الجراح استئصال الورم .

وقد يكون تحويل المجرى الى الخارج خطراً على المريض متى كان العائق في الامعاء الدقيقة لان التغذية تنقص نقصاً سريعاً بقللة الامتصاص ويصاب المريض بالذنف وبموت . وخير ما يصنع ان يحول المجرى بمفاغرة العروة الواقعة فوق الانسداد بالعروة الواقعة تحتها .

ومن الحالات ما يستدعي ازالة الانسداد بدون تاخير لأن العائق اذا بقي افضى الى عوارض موات فتتفغر جدار المعى وانتقب وكان منه التهاب الخلب القتال التالي (كما في الانسداد الناجم من لجام مشدود او من فتق كائن خلف الخلب او من انفثال المعى او انغلافه او من جسم اجنبي) .

ومن الحالات ما يستدعي فتح شرح اصطناعي في العروة التي تبرز امام الجراح مع ما في ايجاد ذلك الشرح من الاخطار والمخاطر .

تختلف اذن المعالجة الجراحية باختلاف الحالات حتى انه يستحيل على الجراح ان يضع قاعدة مطردة يتمشى عليها . غير ان الجراحين رغبوا في مقابلة

فتح البطن بالشرح الاصطناعي فقالوا .

يفضل فتح العروة ١ - لأنه متى كان الانسداد المعوي سائراً سيره وكان سببه مجهولاً وكانت معرفة مقره مستحيلة كان خير ما يصنع فتح العروة تخليصاً للحياة المريض .

٢ - لأن هذه العملية سهلة يستطيع اجراءها بالتخدير الموضعي مهما كانت حالة المريض .

٣ - لأنه متى فتح المعى خرجت منه في الحال المواد السامة وزال خطر امتصاص السموم الواقعة فيه .

يستنكر فتح العروة ١ - لأن هذه العملية تجرى دون ان يرى الجراح ما يصنع لا ينكر ان جراحي اليوم يوسعون الشق أكثر من القدماء غير انهم كثيراً ما يهملون الآفة الأساسية ويفتحون قريبا .

٢ - اذا كانت العروة قد اصبحت بالموات كان من فتحها خطر عظيم محقق لأن الفتحة لا يزيل السبب بل تبقى الآفة سائرة سيرها فتؤدي الى الغنغرينا فالانبثاق بالتهاب الحلب المميت فيكون المريض قد نجى من تسمم الدم ومات بالتهاب الحلب .

٣ - اذا فتح الشرج في المعى الدقيق كان منه خطر على الحياة لأن امتصاص المواد الغذائية ينقص نقصاً كبيراً فيمزل المريض هزلاً شديداً ويعلو معدل الوفيات حتى ٩٦ ٪ . ويهضم عصير الامعاء دائماً العروة والجدار وتصبغ الحياطة الثانوية .

يفضل فتح البطن ١ - لأنه يرينا سبب الانسداد ومقره .

٢- لأنه يمكننا من ازالة سبب الانسداد .

٣- لأنه يمكننا من معرفة الآفات التشريحية المهمة التي تستدعي قطع العروة كما في السرطان او في موات العروة الناجم من انضغاطها الطويل المدة

يستنكر فتح البطن ١- لأنه عملية مهمة تصدم المريض صدمة عنيفة .

٢- لان الامعاء تكون متوسعة توسعاً شديداً يعيد اجراء العملية متعذراً .

لكل من الطريقتين حسنات وسيئات فان الشفاء ممكن تحقيقه في كليهما فعلى الطبيب ان يحسن الاختيار وان يحل هذا اللغز .

يحل اللغز متى نظر الى السبب فاذا كان السبب مفضياً الى إماتة العروة كما في الاختناق كان فتح البطن مفضلاً واما اذا لم يكن منه موت العروة السريع كما في انسدادها فيلجأ اولاً الى خزع العروة .

اما الحالات التي تتمثل في الغالب امام الطبيب فهي :

١- متى اختنقت العروة وكانت الافة تهددها كان بدء المرض عنيفاً للغاية والألم شبيها بطعنة الخنجر والاعراض شديدة الوضوح والوهط (collapsus) واقعاً لا محالة . . وكانت الاعراض الموضعية جلية : علامة فون واهل نعني بها توسع العروة الواقعة فوق العائق ، شللها ، وهن الجدار ، بقاء البطن غير متحرك حين غمره بالسبابة . واذا حرك المريض سمعت العججة (clapotage) فيجب حينئذ فتح البطن .

٢- اما في الانسداد فتختلف الاعراض عما تقدم يكون المريض قد اصاب ببعض نوب شبيهة بالنوبة الاخيرة مرت بعد بقائها يوماً او يومين ام

هذه فلم تنته ويصل هؤلاء المرضى غالباً في اليوم الخامس أو السادس من انسدادهم وعليهم مظهر الصحة الحسنة (سكينة خادعة) الماين لتطبل بطنهم الشديد وتظهر على جدارهم التقلصات المعوية الاستدارية حتى ان نزع الغطاء او الغمز الخفيف بالاصبع يكفيان لاجداث القرقرة او الاصوات الموسيقية فيفضل في هذه الحالة فتح العروة .

ان اخطر عرقلة هي التطبل فمتى كان البطن متطبلاً تطبلاً شديداً كان الاكتفاء بفتح العروة جائزاً لان تشخيص السبب يعد مستحيلاً فاذا كانت الآفة ناجمة من انسداد (obturation) نجا المريض واما اذا كانت ناشئة من اختناق فيهلك المريض سواء افتحت العروة او فتح البطن .

ومن الطرق الحديثة المستعملة في المعالجة التخدير القطني الذي كان موضوع حوار شديد منذ سنة في جمعية الجراحة فقد لاحظ بعض الجراحين ان المريض بعد التخدير القطني يتغوط غير انهم لم يتوصلوا الى تحليل السبب ولعل حذف نهي النزاع الشوكي والغاء فعل العصب التائه يوءديان الى هذه النتيجة . فقد تناول الاحصاء الذي جرى البحث فيه ٤٠٠ مشاهدة انسداد أمعاء عولجت بالتخدير القطني فكان الشفاء فيها عادلاً ٦٨ ٪ / ٠ في الانسداد الحركي (dynamique) و ١٦ ٪ / ٠ في الانسداد الآلي . وقد استتج بطرس دوفال الذي عهد اليه بوضع هذا التقرير ما يأتي :

يجوز ان يخدر المريض المصاب بالانسداد تخديراً قطنياً الا اذا كان فيه ما يمنع ذلك (نعني متى كان منهكاً او مسمماً او كان توتر دمه متناقصاً) فاذا لم تحصل الغاية المطلوبة ولم يتغوط المريض كانت العملية الجراحية واجبة واذا

تغوط لم يكن تغوطه كافياً للامتناع عن اجراء العملية بل كان من الحكمة فتح بطنه للاستقصاء في السبب فالعملية اذن واجبة في كلتا الحالتين .

ففتح البطن هو الطريقة المفضلة وخزع الامعاء هو طريقة الاضرار ومهما يكن فان التعجيل في العملية لا يزال الشرط الاساسي .

ليس التخدير القطني في مريض طاعن في السن مسمم ، ضعيف القوى ، متناقص التوتر ، ولا فتح بطنه جائزاً ايضاً لان الخوف من تسمم الدم حين نزع العائق ومرور محتويات الامعاء السامة في الامعاء السليمة شديد للغاية ولان الصدمة الجراحية عنيفة واما خزع العروة فمفضل .

النتيجة : للتشخيص اهمية كبيرة فاذا بكر فيه فتح البطن وهو العملية والا خزعت العروة متى كانت الحادثة قديمة ووضع انبوب بولس او مسبار ريثما تنفرغ المواد السامة ومتى تحسنت الحالة العامة بعد يومين او ثلاثة ايام يفتح البطن لنزع العائق .



نتائج المداواة بالسوفرسول السريرية والحيوية

في ١٢٥ حادثة فلج عام

« ٢ »

للحكيمين الاستاذتن

سزاري وأ. باريه

ترجمها الحكيم الاستاذ سامي الساطي

لنبحث الآن عن النتائج الحيوية التي حصل عليها مرضانا المصابون بالفلج العام . تحرينا ذلك بتفاعل واسرمن على سائل النخاع الشوكي وعد الكريات البيضاء ومعايرة الاحين وقد اجرينا لكل من مرضانا بزولاً قطنية عديدة وتأكدنا صحة النتائج بتكرار الفحوص . وكنا نلاحظ ان تفاعل واسرمن كان سلبياً بنسبة تفوق سلبية التفاعلات الاخرى (٣٤ في المائة او الأصح ٣٣ ، ٩١ في المائة) وقد تم ذلك احياناً بصورة تدريجية باتجاه التفاعل الى الحالة السلبية اولاً فمسيرته سلبياً صريحاً بعدئذ كما ان هذا التطور من الايجابي الى السليبي قد تم احياناً بسرعة دون ان يعترضه دور متوسط والغريب في هذا الامر وهو ما نهنا اليه سابقاً هو ضرورة ارتباط هذا التحسن المخبري بتحسن سريري في التشوشات الروحية على ان الأمر لم يكن كذلك فقد كانت النتائج السريرية حسنة في ٢٥ حادثة لم يبدُ تفاعل واسرمن سلبياً الا في تسعة منها وكان ايجابياً في الـ ١٦ الاخر (٨ منها مصطحبة بتنبيه ٦ وضعف واثنان بعته) وقد كانت النتائج السريرية ايضاً جيدة او حسنة بعض الحسن في ١٨ مريضاً لم يبدُ تفاعل واسرمن سلبياً الا في ١١ منهم (وكان المرض مصاحباً لتنبيه في حادتين وضعف في ست حادّات

ولعته في ثلاث) ولم يتبدل التفاعل رغم المداواة في سبع حادثات (احدهما مصطحية تنبه واثنان بضموف واربع بهته) .
وقد بدا التفاعل سلبيا في ١٩ حادثة (ثلاث منها مصاحبة لتنبيه وضعف و ١٠ لعته) عولجت بالاستوفرسول .

وقد اصبح التفاعل سلبيا في ٣٩ حادثة كانت النتائج السريرية ايضا حسنة جداً في تسع منها وحسنة بعض الحسن في احدى عشرة ولم يظهر اقل تحسن سريري على الرغم من المداواة وسلبية التفاعل في الحوادث التسع عشرة الباقية . وقد لاحظنا في ٦٤ حادثة لم يتبدل التفاعل فيها نتائج سريرية حسنة جداً على الرغم من ايجابية التفاعل في ١٦ منها وحسنة في ٧ منها ولم تكن النتائج السريرية كافية في ٣١ .

واما اختلاف عدد الكريات البيضاء في سائل النخاع الشوكي فيصعب تقديره لان عددها يختلف اختلافا عظيماً من يوم الى اخر فقد اقترب العدد من العدد الطبيعي في مرضى تعادل نسبتهم ٧٣ في المائة وقد ازداد عدد الكريات البيضاء بنسبة ٢٧ في المائة من مرضانا . الا ان نقص التفاعل الخلوي لم يرافقه دائماً تحسن الحالة السريرية فقد تحسنت حالة ٢٣ مريضاً تحسناً سريرياً ونقص عدد الكريات البيضاء في ٣٥ منهم وازداد في ثمانية . وعدت الكريات البيضاء في ٥٠ مريضاً لم يستفيدوا من المداواة فلاحظ ان عدد الكريات قد نقص في ٣٣ حادثة وازداد في ١٧ حادثة .

ولم يلاحظ ايضا توافق ما بين سلبية تفاعل واسر من واقتراب عدد الكريات البيضاء في سائل النخاع من العدد الطبيعي فقد نقص تفاعل واسر من في ٣٩

حادثه ازداد عدد الكريات البيضاء في ١١ منها ونقص في ٢٨ . ولم يتبدل تفاعل واسرمن في ٥٤ حادثه وقد بدا عدد الكريات البيضاء على الرغم من ذلك متزايداً في ١٦ منها ومتناقصاً في ٣٨ .

اما مقدار الاحين فلم يتبدل الا بصعوبة زائدة ولم يسد لنا مقدار الاحين طبيعياً الا في اربعة مرضى وقد نقص في ١٢ حادثه من حد مرضي الى حد طبيعي وقد شاهدنا تحسناً تاماً او جزئياً في تفاعل الاحين في ٥٧ حادثه واذا اردنا نسبة ذلك الى المائة وجدنا ازدياداً او ثباتاً في ٥٥ ، ٣ من المائة ونقصاً في ٤٤ ، ٧ من المائة .

ولم نشاهد هنا ايضاً تناسباً بين النتائج السريرية فقد كان مقدار الاحين زائداً في ١٩ حادثه من ٤١ تحسنت فيها الحالة السريرية ونقص مقدار الاحين في ١٩ وظلت كميته ثابتة في ٣ حادثات .

وقد شاهدنا في ٤٨ حادثه لم يستفيدوا من المداواة ازدياداً في كمية الاح في تسعة عشر منهم ونقصاً في ٢٨ وقد كان المقدار طبيعياً في حادثه واحده ولم يبد ايضاً اقل تناسب بين تفاعل الاحين وتفاعل واسرمن فقد نقص تفاعل واسرمن في ٣٦ حادثه ازدادت كمية الاحين في ١١ منها ازدياداً خطراً ونقصت كميته في ٢٢ منها وبقيت كما هي في ٣ منها . ولم يتحسن تفاعل واسرمن على سائل النخاع الشوكي في ٥٣ حادثه وقد ازدادت كمية الاحين في ٢٤ منها ونقصت في ٢٨ منها وبقيت كما هي في واحدة فقط . ولم يلاحظ ايضاً ادنى تناسب بين عدد الكريات ومقدار الاحين . ٠٠ وقد بدا لنا التفاعل المصلي سلبياً في ٣٢ حادثه من ١٠٠ وكان ايجابياً في ٦٠ من مائة وسلبياً في ٨ من مائة . وقد با التفاعل

المصلي سلبياً في ٢٨ حادثة لم يصاحبها تحسن سريري الا اثنتي عشرة مرة وقد ظل التفاعل ايجابيا في ٦٣ حادثة .

تحسنت الحالة السريرية في ٢٦ منها ولم تجن نتيجة حسنة في الـ ٢٧ الباقية .

يستبان مما ذكرناه ان طريقة المداواة بالاستوفرسول بسيطة وحسنة وخالية من المحاذير تحسن حالة المصابين بنسبة تختلف من ٦٨ او ٥٨ او ٢٦ في المائة وذلك حسب الاشكال المصطحجة بتنبه او بضعف او بعته تام . وتحدث هذه المداواة تبدلات مهمة في التفاعلات الحيوية فينقص عدد الكريات البيضاء في ٧٣ من مائة وليس ادنى تناسب بين نقص تفاعل وامر من او سلبيته وتحسن الحالة السريرية ولا تعود التفاعلات على السائل الشوكي طبيعية الا فيما ندر وان فقدان التناسب بين تحسن الحالة السريرية ونتائج الاختبارات لامرغريب في مبحث الامراض العامة جدير بالتقصي والتتبع .



اطروحة الحكيم انستاس شاهين

نواسير العنق الولادية النصفية (تنمة)

المشاهدة الاولى :

الآنسة ل . عمرها ٢١ سنة . دخلت في مستشفى لاريوازيير (Lari-boisière) عيادة الاستاذ سييلو في ٨ كانون الاول سنة ١٩٢٧ لئلا سور نصفي في العنق .

تاريخ المرض . — لاحظ والداه لما كان عمرها سنة ونصف سنة وربما صغيراً بحجم البندقة في الناحية النصفية الامامية من عنقها لم يلبث ان اعترته جميع عوارض التهاب . وقد انتهى الامر بانثاق الورم وخروج كمية من القيح منه تاركاً بعده ناسوراً استمر في عنقها حتى بلغت الثامنة من عمرها اذ التأم فوهة الناسور وبقي مندماً حتى بلوغ المريضة الحادية عشرة من عمرها . فعادتها حينئذ الاعراض الالتهابية نفسها وانتهت بانفتاح الفوهة وخروج كمية اخرى من القيح ولم يتجه الناسور بعد ذلك الى الالتئام وبقي هكنا حتى دخولها للمستشفى .

فحص المريضة . — تبدولنا في عنق المريضة في الناحية تحت اللامي حذاء الغشاء الدرقي اللامي وعلى بعد سنتيمتر واحد عن الخط النصفى فوهتان تفرق احدهما عن الاخرى حدة ليفية . ويسيل من هاتين الفوهتين اثناء حركات البلع سائل لزج . ومتى جست هاتان الفوهتان تشعر الاصبع الجاسة باستطالات ليفية بحجم ريشة الغراب تمتد من الفوهة الظاهرة في عمق النسج متجهة الى جسم العظم اللامي

وعند سبرغور الفوهة الاكثر قرباً من الخط المتوسط بمسبار دقيق يشعر ان المسبار دخل حتى جسم العظم اللامي اي زهاء سنتمترين .
وتتبع الفوهتان وما يجاورهما من النسيج حركات البلع كلها .
وقد حقنا باللييودول الفوهة القرية من الخط المتوسط بعد سد الفوهة الاخرى وصورنا الناحية بالاشعة المجهولة بوضعات مختلفة فظهر في الصورة المأخوذة بالوضعة الجانبية ان اللييودول دخل مجرى الناسور واجتازه كله حتى حذاء العظم اللامي حسب خط مستقيم ممتد من الاسفل الى العالي منحرفا قليلا نحو الخط المتوسط وفي حذاء العظم اللامي اعوج وألف زاوية شديدة الانفراج وتابع سيره نحو قاعدة اللسان النقطة التي حددنا موقعها بجسم ظليل .
وبعد ان تحققنا تشخيص الافة وتكوينها لناسور خلقي نصفي في العنق اجري الاستاذ سيبيلو العملية في ١٣ كانون الاول سنة ١٩٢٧ .

وقد اجريت العملية تبعا للطريقة المعتادة التي اتينا على ذكرها في العدد السابق . فايد المشرط وكذا الفحص المجري تشخيصنا السريري . وقد التأم الجرح بالمقصد الاول وشفيت المريضة شفاء تاما وراقبنا المريضة مدة سنة دون ان نرى اقل تبدل في الناحية المريضة .

المشاهدة الثانية :

السيدة ١٠ م . عمرها ٥٤ سنة دخلت في مستشفى لاريوازيير شعبة الاستاذ سيبيلو في ٢٢ شباط سنة ١٩٢٨ لاصابتها بناسور في الناحية النصفية الامامية للعنق .

تاريخ المرض . — شعرت المريضة حين بلوغها الخامسة والعشرين من

عمرها في منتصف عنقها الامامي بالم لم تتمكن من تحديد موقعه ولم يرافقه اقل
تظاهر خارجي .

فاستشارت بعض الجراحين وقرر احدهم التوسط الجراحي للزلة التي
كانت المريضة مصابة بها . ولكن قبل قيامه بذلك افادت المريضة ليلاً وفمها
مملوء قيحاً ذا رائحة كريهة . وبعد خروج هذا القيح تحسنت حالة المريضة
وزال الالم تماماً وشفيت بعد مضي ثمانية ايام .

ولكن الامر لم يقف عند هذا الحد لانه بعد مضي ثلاث سنوات عادت
الاعراض نفسها الى الظهور وانتهت كمافي المرة الاولى . وهكذا جرى لها بعد
مضي سنتين .

وفي سنة ١٩١٧ عاد الامر نفسه فاستشارت احد الجراحين فاشار عليها
باستعمال المكدمات الثلوجة على الناحية الامامية للعنق . فبعد استعمالها بستة
ايام متتادية ظهر في الناحية المريضة ورم مؤلم منتصف بجميع اعراض التهاب
لم يلبث ان رافقته اعراض التقيح الامر الذي اجبر الجراح على فتح الخراج
فخرج منه قيح شديد العفونة .

وبعد مضي اسبوع التأم الجرح وشفيت المريضة .
ولكن لم يطل امر شفائها طويلا فبعد مضي عدة شهور اعترتها الاعراض
نفسها وانتهت بانفتاح الخراج فورا وشفائه كالمرة الاولى .

وفي سني ١٩ و ٢١ و ٢٣ و ٢٥ و ٢٧ عادت الاعراض نفسها متبعة بسيرها
وبانتهائها الطريقة نفسها الا في المرة الاخيرة فان الفوهة لم تلتئم بل
(٤)

أبقت مكانها ناسوراً صغيراً يجري منه بصورة متقطعة سائل قيحي استشارتنا المريضة بأمرة .

فحص المريضة . — حين فحصنا للناحية النصفية الامامية للعنق قرب الغضروف الدرقي وجدنا فوهة ضيقة يغطيها برعم لحمي محاطة بندبة صغيرة بنفسجية اللون . وظهر لنا الجس أن الفوهة وما يجاورها ملتصقة كل الالتصاق بالطبقة العميقة ومركزة على قاعدة ليفية صلبة .

وحين ضغط الفوهة الصغيرة خرج منها قيح ابيض كثيف يازجه سائل لزج .

وكان هذا السائل يسيل دائماً من الفوهة عند الاكل .
وقد ادعت المريضة أن السائل يخرج في بعض الاحيان ممزوجاً بما تتلعه من الشراب . ولكننا لم نتمكن من تحقيق هذا الامر بنفسنا .
وعند قثرتنا للناسور وجدنا مجراه ممتداً بانحراف من الاسفل الى الاعلى وقليلاً الى اليسار ويبلغ طوله سنتمترين . ولم نتمكن من ادخال المرود اكثر من هذا لوقوف جسم العظم اللامي حائلاً دون القيام بذلك .

وهكذا فلم تكن الوسائط التشخيصية الاخرى اكثر حظاً من القنطرة لسبر غور الناسور فتركنا الامر للمشرط لتتبع مجرى الناسور فيما فوق العظم اللامي .

وقد أجرى الاستاذ سييلو العملية الجراحية لهذه المريضة في ١٧ شباط

وقد ايدت العملية التشخيص وظهرت الاتصال بين هرم لالويت الدرقي ومجرى الناسور . وان لهذا المجرى تفرعات وان احد فروعه بعد وصوله قرب جسم العظم اللامي يمر تحت هذا العظم بعد ان تلتصق به عدة التصاقات ليفية ويتبع سيره الى الاعلى ويخترق العضلات فوق اللامي وبضيق اخيرا بين الياف العضلة اللامية اللسانية .

وقد اجرينا عدة مقاطع على طول هذا المجرى فايد لنا الفحص المجهرى حويصلات درقية في القسم الواقع في اسفل العظم اللامي من هذا المجرى اما في الاقسام العليا فلم نجد اثرا لهذه الحويصلات وكل ما هنالك ليس سوى سبيج ضام ذي طبيعة النهائية .

وقد شفيت المريضة اتم الشفاء ولم تشعر باقل الم في الناحية المريضة حتى الان .

ولنا عدة مشاهدات اخرى تشبه باعراضها وتنتائجها تين المشاهدين ايدت لنا كلها فائدة الطريقة الجراحية التي اتينا على وصفها في الجزء الماضي ولكننا لم نشأ الا تيان على ذكرها هنا لضيق المقام وجبنا بعدم اضاءة وقت القارىء الكريم .

النتيجة :

١ - عدا نواسير العنق الخلقية الجانبية التي تنمو بفضل الجهاز الغلصمي والنواسير النصفية السطحية او الذقنية القصية نجد نواسير تدعى النواسير النصفية العميقة او الدرقية اللامية ولا علاقة لها ابدا بالنواسير الاولى .

٢ - تتصف هذه النواشير الاخيرة بالصفات الاتية :

- ١ - وقوعها على الخط النصفى الامامى للعنق او قرينة منه .
- ب - مجاوراتها العميقة نسبة للنواشير السطحية . واتصالها بالاعضاء العميقة
- ج - صفاتها الشكلية وكونها نواشير متصلة بالعظم اللامى باستطالة ليفية مجوفة فوهتها قرب الغشاء الدرقي اللامى .
- د - سير الافة المتصف بسلسلة عوارض انحباسية مع مظاهر التهاية شديدة
- هـ - قد يكون للمجرى قطعة ثانية تمر تحت العظم اللامى وتنتهي بالفوهة العوراء في قاعدة اللسان .

٣ - يظهر لنا من كل هذا ان هذه النواشير لا تنشأ من الشقوق الغلصمية وان سيرها الوحيد هو بقاء القناة الدرقية اللسانية او القسم تحت اللامى منها .

٤ - ان المداواة الطبية لا تتوصل ابدا الى شفاء الناسور وان المداواة الجراحية اي استئصال الناسور بجميع فروعه مع الاهتمام بخزع منتصف جسم العظم اللامى هي الطريقة المثلى التي توصلنا الى شفاء هذه الافة شفاء تاما .



مطبوعات حديثة

للحكيم الاستاذ شوكت موفق الشطي

اطروحة الحكيم ميشل جباره عن تشخيص انسداد البوقين ومعالجته

اهدى الينا الزميل الموماً اليه اطروحته عن تشخيص انسداد البوقين ومعالجته التي وضعها لاحراز لقب حكيم من جامعة نانسي (فرنسة) وقد وجه حضرته في مقدمة اطروحته كلمة طيبة الى اساتذة معهدنا الطبي العربي الذي كان قد بدأ دروسه فيه وخص بالذكري الحسنة طلبة المعهد ايضاً فكان لعاطفته اللطيفة اجلٌ وقم عندنا لانها دأت على طيب ارومته ونبالة محتدة . وقد رأينا بعد تصفحنا هذه الاطروحة ان نستخلص منها خلاصة تفيد القراء لا ان نكتفي فقط بتوجيه كلمة التقريظ لوضعها النبيه

....

اعتاد المتخصصون في امراض النساء حتى هذه السنوات الاخيرة ان ينسبوا العقم في المرأة الى سبب رحمي (عنق مخروط ، ضيق احدى فوهتي العنق الظاهرة او الباطنة) او الى التهاب الملحقات المزمن وكان لا يعزى الامر الى تكتل زغب النفير والتصاقاتها الا فيما ندر وذلك متى كشف الجراح شيئاً من الالتصاقات المذكورة في سياق فتح البطن المجري لغاية اخرى وقد فكر الموءلفون منذ بضعة اعوام في احداث طريقة تكشف لنا الستار عن حالة البوقين وعمّا اذا كانا منسدّين ام مفتوحين فاوجدوا طرق نفخ الهواء او الحاذي (الاو كسيجين) في

النفير والتصوير بالأشعة بعد حقن باطن الرحم بالليبودول وقد ولدت هذه الطرق في امريكا ثم عمت اوروبا والبلدان الاخرى .
تشرح النفيرين :

هما قناتان احدهما في اليمين والثانية في اليسار تمتد كل منهما من نهاية المبيض الظاهرة الى زاوية الرحم العلوية . والنفير عضو متحرك ومتقلص تقع فيه البيضة حين الإباضة فتقودها بحركات زغبه واهداب خلاياه البشرية المهتزة الى جوف الرحم . والنفير لمعة تتمكن السوائل من الجري فيها وهي ضيقة في حذاء الفوهة الرحمية وتأخذ بالاتساع كلما قربت من الفوهة البطنية
خلقة النفير

النفير مفتوح ويعرف ذلك بحقن باطنه بغاز مضغوط معادل ل ٦٠-١٠٠ ملمتر من عمود الزئبق يتقلص النفير السليم كما تقلص الرحم وله حركات استدارية (péraltique) ومضادتها (anti péraltique) وتقع فيه في المحيض تبدلات تشبه التطورات التي تقع في الرحم فيحتمل وينتج خشاوه المخاطي وتتوسف بعض خلاياه ويعتقد دواي ان درجة انفتاح النفير تقل وقد ينسد في الايام القريية من الطمث وقد تكون نتيجة الاستقصاء بالليبودول في هذا الزمن سلبية .

وخير زمن للتقصي في حالة النفير هو الايام الخمسة او الستة التي تلوانتها الطمث اما النفير المريض فلا يتقلص بل يتمدد بالسوائل المحقون بها ولا سيما متى كان عائق في صيوانه وقد يتمزق اذا ضغط بقوة ٣٠ - ٤٠ سنتمتراً من عمود الزئبق .

يعتقد أكثر المؤلفين ان بعض حوادث العقم تنجم من انسداد البوق
 اما اسباب هذا الانسداد فولادية وهذا نادر او التهابية تحدثها التهابات الملحقات
 التي تسد فوهة النفير البطنية او تكتل الزغب وتشنج الفوهة . وقد تسد الفوهة
 الرحمية في التهاب الملحقات العقيدي

ولربما انسداد النفير في التهاب الملحقات بتقلص طبقتة العضلية تقلصا تشنجيا
 او بسدادة مخاطية مكونة من مخاط النفير المفرز بغزارة وبعض انقراض خلوية .
 والمكورات البنية هي أكثر العوامل احداثا للانسداد الالتهابي وتأتي
 بعدها عصيات كوخ الا انها تصيب طرفا واحدا فلا تحدث العقم . وقد ينسد النفير
 باورام صلبة الا ان هذه الاورام قلما تقع في الطرفين لذلك فن ان تكون
 العقم مسببا منها .

وقد ذكرت حديثا اسباب جراحية جديدة لهذا الانسداد وهي شد النفير
 مع الرباط المدور في عملية تثبيت الرحم حسب طريقة دولريس ولا يبعد ان
 يكون الانسداد ناجما من لجم خلوية (التهابات الحلب وانسكاب الدم فيه والتهابات
 الزائدة الحادة او المزمنة) او من كيس المبيض او اورام الرباط العريض او من
 التصاق العروة السينية بالنفير الايسر وهذا كثير الوقوع .

الفحص

تسأل المرأة عن سوابقها الارثية وعمرها وتاريخ ابتداء الطمث وعما
 اذا كانت مصابة بازهري او بالسل او بافة سيلانية في العنق او في الرحم او
 في النفيرين .

يبدأ الفحص بالتأمل فالمس المهبل فبالاستقصاء في الفرج والمهبل

وما اذا كان فيهما تشوه او ضمور او تشنج وما اذا كان هبوط في الاعضاء التناسلية فتجري حموضة المفرزات ثم تفحص فوهة عنق الرحم الظاهرة فجوف العنق فالفوهة الباطنة فانتشاء العنق لاصابة الرحم بالحنث (الانعطاف الامامي) فتشج الفوهة الباطنة ويعرف ذلك بمقاومتها للمسبار فالتضييق كسبياً كان ام ولادياً ، فانحرافات الرحم وانقلاباتها وانعطافاتها ، ويفحص النفيران بالاشعة بعد حقن باطن الرحم باللييودول او بنفخهما بالحاذي . وتفحص وظيفة المبيضين بمراقبة حالة الطمث ويستقصى في علامات قصورها وما اذا كانا مصابين بتشوه في النمو او باورام صلبة او سائلة

فحص الزوج يسأل عن طرز معيشته وسنه وسوابقه وحالة خصيته وعما ذا كان قد اصيب بالتهاب الخصيين الحاد السلي او النكافي او السيلاني والتهاب الخصيين السيلاني هو اكثر الاسباب احداثاً للعقم ويفحص المنى ويرى ما اذا كانت فيه نطف (حيوانات منوية) حية والا كانت كل معالجة لا جدوى منها

فحص النفير

لا تعرف حالة النفير الا بالاستقصاء فيه بالاشعة بعد حقن باطن الرحم باللييودول فالنساء المصابات بانسداد النفير من نساء مريضات يشكين المس في اسفل البطن والنفير المفتوح هو قناة تصل جوف الرحم بجوف الحلب فاذا حقنت الرحم باللييودول ظهر النفير حين المعاينة بالاشعة كأنه خيط ممتد من فوهة الرحم حتى الفوهة البطنية فالحلب حيث يبدو بشكل قطيرات عديمة الانتظام واما بالتصوير الاشعاعي فلا يرى قسم النفير المتوسط متى كان النفير مفتوحاً بل ترى الرحم وظل الصيوان ولا يرى شيء بين الاثنين

وفي الحالات غير الطبيعية : ينفذ السائل الكثيف في جوف الرحم فاذا كان النفيران مسدودين شوهد على دريئة الاشعة ان حجم الرحم اخذ يزاد وتشعر المرأة بالآلام ناجمة من تمدد الرحم وعدم مرور اللييودول الى النفيرين ويستقر العائق الذي يمنع مرور اللييودول في قرن الرحم او في مضيقها او في الصيوان

لمحة تاريخية :

كان لوريه اول من فكر سنة ١٩١٢ في تحري النفيرين فحقن جوف الرحم بفضة غروية واستعمل ديميه ودارتيغ سنة ١٩١٣ مادة تظهرها الاشعة وهي محلول الكولرغول العشري وقد ماتت هذه الطريقة وهي وليدة لان الخלב لم يحتمل الكولرغول . وقد تراءى لروبن سنة ١٩١٩ ان يحقن باطن الرحم بغاز معقم ليعرف ما اذا كان النفيران مفتوحين . واستعمل هويزر سنة ١٩٢٤ قنية مجهزة بسدادة معدنية تسد العنق متصلة بمحقنة (seringue) سعتها ١٠ سم^٣ وكان يحقن بهذا الجهاز جوف الرحم بـ ٥ - ١٠ سم^٣ من اللييودول الممدد بما يعادل حجمه زيتاً معقماً . واستعمل سيكار وفورستيه محلول اللييودول بنسبة ٤٠/٠ . وابانا ان هذا السائل كثيف بمواجهة الاشعة المجهرية

الاجيزة : نكتفي بوصف جهاز كلوت وهو المستعمل في سريريّات الاستاذ هامن ويتركب من محجن في طرفه مخابان يقومان بتثبيت العنق بولوجهما في ملء شفته الخلفية ويتصل بالمحجن مسبار معدني نهايته مجهزة بسدادة مرنة زيتونية الشكل مقاييسها متنوعة تبدل حسب جسامة العنق وحالة فوهته وهذا المسبار يستطيع تحريكه بيكرة مسننة يدخل في عنق الرحم حسب اللزوم وفي

طرف الجهاز الثاني محقنة سعتها عشرة سنتمترات مكعبة يتصل بجانبها مخزبة (manonètre) لقياس الضغط

طريقة العمل : توضع المرأة في الوضعة التناسلية ثم يطهر مهبلها ويخفض جداره الخلفي بمصراع دويان ويطهر العنق بقطيلة قطن مبللة بكحول ثم تمسك شفة العنق الخلفية بملقط موزو الدقيق وتجبر الرحم الى الامام والعالي كما لو اريد خزع الرتج الخلفي ثم يغرز المحجن في مكان يبعد سنتمترًا عن شفة عنق الرحم الخلفية ولا تعود ثمة حاجة الى ابقاء ملقط موزو فيزال ويدخل بعدئذ المسبار حتى تصل الزيتونة المرنة الى العنق ثم توصل بالمسبار محقنة سعتها ١٠ سم^٤ مملوءة باللييودول فيحقن منه ٥ - ٦ سم^٤ مكعبة . ويراقب الضغط في المخزبة حتى يبلغ ١٢ - ١٥ سنتمترًا من عمود الزئبق كي يتسنى للييودول ان يمتاز فوهة الرحم . ويجوز ان يزداد الضغط في بعض الاحيان حتى ٢٥ سنتمترًا من عمود الزئبق . فاذا كان النفيران مفتوحين دخل اللييودول الحلب وظهر فيه بشكل قطرات

الاستطباب : تساعد هذه الطريقة في العقم المبدي على كشف تشوهات الرحم وتبين لنا حالة النفيرين وما اذا كانا مفتوحين ام مسدودين وتعين النقطة التي وقع فيها الانسداد وتكشف في حالات العقم التالية آفات الملحقات القديمة . وقد نفيد هذه الطريقة الانقصائية فائدة دوائية بفتحها النفيرين معًا او احدهما . ولها فوائد دوائية اخرى في التهابات النفيرين وفي ادارة الملحقات وتفيد في التشخيص اذ تساعد على تمييز التهاب الزائدة عن التهاب الملحقات .

مضادات الاستطباب : لا يجوز الاستقصاء بهذه الطريقة في من كنّ

مصابات بآفات حمية ولا في الحمل ولا في الانزفة الرحمية

محاذير هذه الطريقة :

الانتان : لا يقع الا اذا اهملت القواعد العامة واجريت العملية والرحم لا تزال مصابة بانتان موضعي وقد قال دوفال في هذا الصدد قولاً حسناً وهو ان المادة التي تدخلها في الرحم فالنفيرين فالخلب تؤذي اذا حملت معها جراثيم والليبيودول في زمرتها وتجنب بعض المحاذير التي تلي العمل باراحة المريضة في الفراش بعد الاستقصاء يومين او ثلاثة ايام ويجب ان تؤخذ حرارتها صباحاً ومساءً

خطر التمزق : لا يقع الا اذا زيد الضغط عن الحد المعتاد

النفخ او طريقة روبن : استعملت اجهزة متعددة توصلاً الى هذه الطريقة

وجهاز دواي من خيرة هذه الاجهزة يتركب من خزان بلوري يخزن الهواء يسد بغطاء معدني مجهز بثلاث فوهات تتصل احداها بالاجاصة النافخة بانبوب مرني ويعلو الفوهة الثانية محظربة (manomètre) تقيس الضغط من ١ - ٣٠٠ مليمتر زئبق وتتصل الفوهة الثالثة بمسبار الرحم المعدني . وفي منشأ كل انبوب مرني صنبور (robinet)

طريقة العمل : توضع المريضة في الوضعة التناسلية ويظهر المجرى التناسلي

ويطلى العنق بصبغة اليود او بغيرها من المطهرات ثم يمسك العنق بالمحجن ويجري الى الامام ويدخل المسبار في الرحم ويفتح الصنبوران ويطرده الهواء ثم يغلق الصنبور الذي يخرج الغاز وتضغط الاجاصة حتى يبلغ الضغط

المطلوب ويفلق حينئذ صنبور الدخول .

علامات افتتاح النفيرين : يكفي عادة ان يبلغ الضغط ٦٠ - ١٠٠ مليمتر من عمود الزئبق فاذا انخفض الضغط فوراً كان دليلاً على ان النفير مفتوح ان لم يكن في الجهاز ثقب يفلت الغاز منها . وقد تسمع قرقرة الغاز في جهتي النفيرين اذا اصغى الى البطن بسماع

وينجم هذا الصوت من دخول الغاز لجوف البطن . وتشعر المريضة ايضاً بالآلام تنتشر نحو الحجاب وهذا ايضاً دليل على دخول الغاز للخلب وصفوة القول ان العلامات التي تدل على افتتاح النفير هي اولاً هبوط الضغط هبوطاً سريعاً والقرقرة في الناحية الخلفية وزوال الصمم الكبدي، وألم الكتف محاذير هذه الطريقة : ١ - الصمامة الغازية : نادرة ٢ - الاتان ممكن ان لم يعتن بالطهارة ولم يكن المجرى التناسلي طاهراً ٣ - التمزق نادر ويحتمل بالاحتراس من ابلاغ الضغط الى اكثر من ٦٠ مليمتراً وقد تجهض المرأة اذا كانت حاملة وامرها مجهول

المقارنة بين الطريقتين : ان الطريقتين مفيدتان ولكل منهما نصراً والافضل ان يبدأ بالنفخ فاذا لم يكف الاستقصاء به جاز الالتجاء الى طريقة الاختبار بالليبودول . وطريقة الليبودول افضل على رأي صاحب الاطروحة بغزارة المعلومات المقتبسة منها

هذه هي الخلاصة التي اقتبسناها من هذه الاطروحة المفيدة التي أملت باطراف الموضوع ولا بد لنا قبل ختام كلامنا من توجيه كلمة شكر جزيل الى زميلنا الجديد الذي غني بوضعها سائلين له النجاح والتوفيق حيث حل .

شذرات ونظرات لغوية

للطالب السيد مسلم القاسمي

٢

١٤ - الحجاب: ومن المصححات الطبية ترجمتهم لفظة (diaphragme)

بالحجاب الحاجز والافضل في ذلك ان يقتصر على الحجاب لان اللفظ الانجليزي يدل في اصل معناه اللغوي على الحجاب او الحاجز اي (cloison) ثم اطلق المعنى على العضلة التي تفصل الاحشاء عن الصدر

وقد ورد في التاج ما مثله «الحجاب لحم رقيقة كانها جلدة قد اعترضت مستبطنة بين الجنبين تحول بين السحر^(١) والقصب^(٢)» وفي الاساس ومن المجاز «هتك الخوف حجاب قلبه وهو جلدة تحجب بين الفؤاد والبطن» وجاء فيه ايضا «الحجاب ما حال بين شيئين».

فإضافة الحاجز الى الحجاب الذي يفيد معنى الحاجز او الحائل هو حشو لا لزوم له في موضع نحن احوج فيه الى الایجاز منه الى التطويل سيما وان النص الوارد في التاج لا يبقى سبيلا للشك بان الحجاب هي الكلمة الملائمة للدیافراغم.

١٥ - الصفار: ومنها قولهم «ماء الحبن» يعنون به الماء الذي يستقر في

البطن في ذاء الحبن، وهي ترجمة (eau d'ascite) والصواب «الصفار والسرقي» اذ ورد في التاج «الصفار كغراب الماء الاصفر الذي يصيب البطن وهي

(١) السحر: بالفتح و يحرك و يضم الرئة (٢) مخارج الانفاس اي (bronches)

السِّيحي « وقال الجوهري « الماء الاصفر يجتمع في البطن » .

١٦ - البرعمة : ومنها قولهم « نبت على ساق الشجر أزرار . . . » والصواب « نبت البراعم » وأحدثها بُرْعُمة ، أو برْعُم أو بُرعوم : وهي كم ثمر الشجر ويقال خيراً من هذا « برعمت الشجرة » إذ خرجت برعمتها .

أما الأزرار ترجمة (bourgeons) فهي ترجمة غير صحيحة جروا فيها من دون تدقيق ولا تحقيق ، ولا أدري إذا كان مصدر اللفظ الافرنجي عربي الاصل لان المشابهة بينة ، فندع هذا للمتبحرين في اللغتين .

١٧ - الفتح : ومنها قولهم « ضخامة الاطراف » ترجمة للمصطلح الافرنجي (acromégalie) والمصطلح العربي الذي يحسن بنا اياداه في هذا الموضوع هو « الفتح » اذ ذكر صاحب القاموس انها « عرض الكف والقدم وطولها » .
نعم ، نحن لا ننكر ان لفظة الفتح لا تلائم من جميع وجوها ما ينطوي تحت (acromégalie) من المعاني « ضخامة الكفين حتى الساعد ، والقدمين حتى الساق ، الى زيادة في قطر الفكين وانهدال في الشفة العليا . وبرز في الانف . . . الخ » .

ومن العبث ان نتوقع كلمة في معاجم اللغة او المخصصات تضم هذه المعاني في آن واحد ، لان كل صفة من الاوصاف التي ذكرناها لها في معاجم اللغة العربية لفظ خاص يدل عليها ، اما مجموعها فيكون مرضاً قائماً بذاته كان من ما أثر علماء العصر الحاضر ،

ولو اننا عطفنا الى المصطلح الافرنجي هذا لما وجدناه يفيد الاضخامة الاطراف فقط في حين انها احدى علامات المرض ، ولا بأس في مثل هذا

ان نأخذ باللفظ العربي على سبيل الاطلاق . وليس من ينكر ان اطلاق الفتخ على (acromégalie) يسد مسد لفظين في آن واحد . فيقال حينئذ « اصيب المريض بالفتخ » بعد ان كان يقال « اصيب بضخامة الاطراف » .

١٧ - الفخة : ومنها قولهم مفصل دمني مقابل (articulation de polichinelle)

في معرض البحث عن مرض كان من عاقبته ان اصبحت المفاصل مسترخية لا قدرة لها على الثبات . والصواب ان يقال « اصابته الفخة » كما ذكر صاحب القاموس « الفخ : استرخاء الرجاين كالفخخ والفخة ويقال رجل أفخ وامرأة فخاء » .

وقد ورد في مادة « الفتخ » ما يدل على هذا الا اننا رجحنا الفخة لاحياء اللفظين معا ودفعنا للوقوع في اللبس .

١٩ - العنف : ومن المصطلحات قولهم (برواز الطائرة) وهي في الافرنجية (hélice de l'aéroplane) ، فالشق الاول من هذا المصطلح دخيل والشق الثاني عربي فغدا مزيجاً من لغتين فلا هو بالنحت ولا بالعريب !؟

ولعل خير مصطلح يقوم بتأدية هذا المعنى العنف « بفتح العين والنون » ذكر صاحب القاموس « العنف محرّكة الذي يضربه الماء فيدير الرحي » ونحن في مثل هذه الازمة اللغوية يتسنى لنا اطلاق هذا اللفظ على (hélice) الطائرة الذي يشبه من حيث وضعه وحركته العنفّة التي تدير الرحي فالاولى عماد الطائرة في حرّكتها وطيرانها والثانية قوام الرحي في دورانها .

٢٠ - الخشم : ومنها قولهم « اصيب المريض بعدم الشم ولم يعد بمقدوره تمييز الروائح » والصحيح ان يقال اصيب بالخشم بفتحتين فاصبح اخشم وصاحب

التاج يقول « الاخشم لا يكاد يشم شيئاً والخشيم في الافرنجية » anosmie
هو تعذر شم الرائحة اوزواله «

٢١ - حافة وحافات: ومن الزلات اللغوية جمعهم حافة على « حواف
وحوافي » وكلا الجمعين لا اثر لهما في معاجم اللغة والصواب « حافات » ومنه
الحديث عليك بحافات الطريق « تاج العروس »

٢٢ - منطاد : ومنها لفظهم المنطاد بكسر الميم اعتقاداً منهم انها اسم آلة
والصواب بضمها اذ هي « المرتفع »

وقد ذكر الزبيدي في هذا الصدد ما حرفه « بناء منطاد مرتفع ذاهب في
الهواء من الانطياذ ، والانطياذ الذهاب في الهواء صُعدا » ثم اطلقها المتأخرون
على البالون .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٢٩ م • الموافق لحرم سنة ١٣٤٧ هـ

نشرنا في اجزاء السنة الماضية ١٩٢٨ السادس والسابع والعاشر كل ما جاء به زملاؤنا البيروتيون من الاراء عن نقشي ضنك البحر المتوسط بالبعوض وما جئنا به مع زميلنا الاستاذ ترابو من الاراء في نقض هذا المبدأ واثبات انتقاله بالملامسة وقد نشرت رصيفتنا المجلة الطبية العلمية القراء التي تصدر عن بيروت في اجزاء سنتها ١٩٢٩ السادس والسابع والعاشر مقالات ثلاثاً احداها للاستاذ عرداتي والثانية للاستاذ الامير رثيف ابي اللع والثالثة للاستاذ ترابو ولنا وهي تمة للحوار الذي دار بين زملائنا البيروتيين وبيننا عن انتشار الضنك ولما كنا قد وعدنا القراء بنشر كل ما يقال عن الضنك برنا في وعدنا الآن لثلاث تقوت فائدة هذه الابحاث قراءنا الافاضل تاركين ما جاء في المقالة الاولى من الاغلاط اللغوية والنحوية على عهدة كاتبها الفاضل

« المنشى »

كبف بنشر الضنك

للككتور نجيب عرداتي

استاذ في الجامعة الاميركية • بيروت

ان من اهم المواضيع الطبية التي هي على بساط البحث عندنا في هذه الايام موضوع حمى الضنك وكيف ينشر • وذلك نظراً للتباين في الاراء والاختلاف في المذاهب الواقع بين رجال الطب في دمشق وبين زملائهم في بيروت من

حيث طرق انتشار المرض وكذلك نظراً لتفشي هذا الداء في بعض ما جاورنا من البلاد وتهديده مهاجتنا

من اطلع على ما ورد في الاعداد الاخيرة من المجلة الطبية العلمية يرى ما ذهبت اليه كل طائفة وما ادلت به من الحجج تأييداً لرأيها بين قائل ان الضنك ينتشر من مريض الى سليم بواسطة البعوض وقائل انه يري من شخص لآخر مباشرة بدون واسطة ما

لا يريد ان اويد نظرية من النظريتين او انفي الاخرى بل اذكر ما قام به استاذي المرحوم الدكتور كراهم من التجارب التي ساعدته في بعضها من مضي ربع قرن وما وصلنا اليه من النتائج والملاحظات واروي ايضاً ما قام به بعض الباحثين في هذا الموضوع وما وصلوا اليه واترك بعد ذلك الحكم للحضرات الزملاء

ان التجارب التي قام بها الاستاذ كراهم كانت عديدة اقتصر على ذكر ثلاث منها مع بيان اساليبها وذلك لاجل تقدير قيمتها الفنية والاختبارية التجربة الاولى : أصيبت بالضنك امرأة مرضع لها ولد عمره ثمانية اشهر في اليوم الذي ظهرت معها اعراض المرض أدخلت هي وولدها الى غرفة سبق تطهيرها بغاز الكلورين لقتل ما كان فيها من البعوض واخذت الاحتياطات لمنع دخول بعوض جديد من الخارج وفي اليوم الثاني صار تبخير غرفة ثانية ونقلت المريضة وولدها اليها وهكذا كان كل يوم يصير تبخير الغرفة التي سنقطنها المريضة وولدها حتى لا يبقى فيها بعوض ودامت هذه الاحتياطات مدة خمسة عشر يوماً شفيت بغضونها الامراة من مرضها وبقي ولدها سليماً من الضنك

التجربة الثانية : عائلة فقيرة فيها اربعة اولاد تتراوح اعمارهم بين السنة الرابعة والحادية عشر وكان الاولاد الاربعة ينامون في فراش واحد وقد أصيب كبيرهم بالضنك . وبالحال صار تطهير الغرفة من البعوض وبقي اخوته الثلاثة معه في الغرفة كسابق عاداتهم يلاعبونه في النهار ويشاركونه فراشه في الليل . وفي هذه الحالة ايضاً اخذت الاحتياطات لمنع دخول البعوض من الخارج وبقي الاولاد الثلاثة تحت المراقبة مدة ثلاثة عشر يوم ولم يظهر الضنك باحدهم التجربة الثالثة : اصيب رب عائلة بالضنك وله ثلاثة اطفال وكان شديد الخوف عليهم فطلب من الدكتور كراهم ان يقوم بما يمكن من الاحتياطات لوقايتهم من الضنك فأشار عليهم الطبيب بلزوم المحافظة عليهم من البعوض ولدغهم واجري السلازم لانتلاف البعوض وبقي الاولاد سبعة عشر يوم محصنين من البعوض ولم يصابوا بالضنك

النتيجة الحاصلة من هذه التجارب تثبت من الوجهة السلبية العلاقة بين البعوض وانتشار الضنك اي انه لو توفر وجود الضنك ولم يوجد بعوض فالضنك لا ينتشر بل يبقى محصوراً في المريض . فهذه التجارب كما هي ليست بقاطعة لاثبات القضية من وجهتها الايجابية اي لتحقيق فيما اذا كان ممكناً نقل حمى الضنك من مريض الى سليم بواسطة البعوض فهذه الفكرة كان يعارضها نظرية جواز هذا العمل او عدمه . انما بالنظر الى نقشي المرض بين اكثر الناس وبالنظر الى سلامة عاقبته لم تقف نظرية المعارضة طويلاً بوجه هذه التجارب خصوصاً لما تبرع بتقديم نفسه عدد من الشبان مقابل مبالغ من الدراهم يعطى لهم كتعويض مالي وقد وقع الانتخاب على اربعة اشخاص اقوياء البنية لم تحدث

إصابة بالضنك في بيت احدهم واجريت معهم التجربة الآتية :

• وضع كل منهم في سرير محاط بناموسية وادخل عليه من البعوض الذي كان امتص من دم مريض بالضنك عدد يتراوح بين ١٥ - ٣٠ بعوضة وبقي البعوض الملوث والرجل المختبر به ضمن الناموسية عدة ايام لتتسنى للبعوض الفرص للدغ وهذا فعلا تم وبعده ظهرت اعراض الضنك باحد الرجال في اليوم الخامس وبالثاني في اليوم السادس وفي الثالث في اليوم الرابع اما الرجل الرابع فقد بقي سليماً فاعيد عليه حملة ثانية من البعوض الملوث وهذه المرة لم تظهر عليه اعراض مرضية واخيراً افاد انه في عام ١٨٨٩ اصيب بمرض اعراضه دلت على انه حمى الضنك فلذلك على ما يظهر كان لم يزل محصناً ضد الضنك .

ولاجل رفع الشكوك والظنون انه لربما قد اجريت التجربة على هؤلاء الاشخاص الثلاثة وصار تعريضهم للدغ البعوض الملوث بينما كانوا قبل المباشرة بتلك التجربة سائرين الى المرض ولم تكن ظهرت اعراضه عليهم بعد .

لذلك صار نقل عدد من البعوض الذي تغذى من دم مصابين بالضنك الى قرية في الجبل ندر فيها البعوض ولم يكن حدث فيها ولا إصابة بالضنك . وهناك تم الاتفاق مع رجلين قويي البنية على ان يبقى كل منهم عدة ايام تحت الناموسية معرضاً نفسه للدغ البعوض وذلك مقابل مقدار من الدراهم واجري الاختبار طبق التجارب السابقة وكانت النتيجة ان اعراض الضنك ظهرت في احدهم بعد ان صرف اربع ليال مع البعوض وفي الثاني بعد ان صرف خمس ليال . وفي كل من الرجلين ظهر المرض باعراضه الاعتيادية وسيره كان مطابقاً لسير الوافدة في بيروت وبعد ذلك صار اتلاف البعوض الذي نقل من بيروت لاجل الاختبار

خشية من انتشار المرض في القرية وفعلا لم يظهر في القرية مرض الضنك الا في الاشخاص الذين صار الاتفاق معهم على الاختبار .

هذه التجارب تبين لنا جليا انه حيث يوجد ضنك و يوجد بعوض تغذى من دم مصابين و تلدغ اناسا ليس فيهم مناعة ضد المرض ينقل البعوض اليهم الضنك بدون ريب وكانت تظهر عليهم اعراض الضنك بعد اربعة ايام او اكثر .

وقد نستخلص من التجارب المذكورة انما ان حمى الضنك لم تنتشر بالملازمة المباشرة مهما كثر اختلاط المصاب بحيطه كما شوهد في التجارب بين الاولى والثانية المار ذكرها بل كان من اللازم وجود بعوض ليكون واسطة لنقل المرض .

ان الدرجة الفاحشة التي تفشت بها البرداء والضانك في بور سعيد مشهورة ولما قام Ross بحملته المعلومه ضد البعوض وفاز باتلافه من تلك الربوع اختفت الملائريا والضانك تماما وكذلك ذكر Me Culloch انه في عام ١٩١٨ قام بحملة ضد البعوض في جزيرة Corregidor حيث تفشى الضنك والملائريا و لما تم له تخليص الجزيرة من البعوض انقذها من الضنك بتاتا وقد صدف انه جاء الجزيرة بعض المسافرين وكانوا مصابين بالضانك فلم يتعدى المرض الى غيرهم وذلك بسبب عدم وجود بعوض في الجزيرة لينقل المرض .

شكلت حكومة الولايات المتحدة بعثة بحاثه مكمله العدد والعدد لدرس المسائل الطبية المشكوك فيها ووافدتها الى جزائر الفلبين في عام ١٩٢٤ بعد ان جهزتها بكل ما تحتاجه من رجال ومال وادوات واول ما قامت به تلك البعثة من الابحاث كان تحري عامل الضنك وطريقة انتشاره و بعد ان اشبت الموضوع بحثا ودرسا وتدقيقا اعلنت نتائج اختباراتهما في كتاب خاص وهذه خلاصتها

Dengue by Siler - Hall & Hitchens

(١) يوجد عامل حمى الضنك في دم المريض خلال الثلاثة ايام الاولى من المرض وهو مجهول الهوية وكل ما يقال فيه انه عامل راشع ير في مسام ادق المصافي .

(٢) بعد اجراء ١١ تجربة ببعوض سبق تغذيته من دم مصابين بحمى الضنك وتركه يلدغ اناسا سالمين تبين ان هذا البعوض سبب انتقال المرض في ٤٧ حادثة من ١١١ تجربة

(٣) ان البعوض الناقل لحمى الضنك هو *stegomya facia* والمسمى *Oedes Egypt* و *culex fatigans*

(٤) يكون عامل حمى الضنك موجوداً في دم المريض بخلال الثلاثة ايام الاولى من المرض واذا لدغ مصاباً وامتنص دمه يكون فيه عامل الضنك بشكل تتوفر معه اسباب تطوره في البعوضة فيأخذ في النمو

(٥) ان عامل حمى الضنك الذي يمتصه البعوض بخلال الثلاثة ايام الاولى من المرض يأخذ بالنمو والتطور في البعوضة مدة العشرة ايام الاولى ولو بخلالها لدغ البعوض سليماً لما اصابه بسوء لان عامل الضنك لم يكن اذ ذاك بالغ الطور الذي يتفق مع نموه في دم الانسان اما بنهاية الايام العشرة هذه يكون اكتمل تطور عامل الضنك في البعوضة وهي بعد ذلك تصبح قادرة على نفث العامل المرضي في دم كل انسان تلدغه وهي تبقى معدية هكنا طول حياتها التي تتراوح بين الشهرين والثلاثة .

(٦) ان عامل الضنك لا ينتقل من بعوضة ملوثة بواسطة بيوضها .

(٧) ان حمى الضنك لا تنتقل من انسان الى اخر مباشرة بدون بعوض

(٨) مدة حضانة الضنك في الانسان تتراوح بين ٤ - ٧ ايام منذ لدغ

البعوض الملوث للانسان السليم .

(٩) ان ذبوع الضنك يتفق مع موسم انتشار البعوض اي بين شهر نيسان

وتشرين الثاني وكلما برد الطقس قل عدد البعوض وتلاشى الضنك .

هذا اهم ما جاء في كتاب البعثة الاميركية ثم ان التجارب التي اجرناها

في بيروت اثبتت ان الضنك ينتقل بالبعوض وبعد ذلك جاءت مشاهدة Ross

وبعده مشاهدة Me Culloch وايدتا انقطاع الضنك من المحلات التي كان فيها

وافديا بعد ان اتلفوا البعوض منها واخيراً جاءت تقارير البعثة الاميركية لجزائر

الفلبين وفيها من المشاهدات الدقيقة والتجارب العديدة والمعلومات الإضافية ما

لا يترك مجالاً لنا ان اولم نتقد وقد اسهبت هذه البعثة في الابحاث التي استندت

عليها وقررت بموجبها ان الضنك ينتقل بواسطة بعوض اسمه *stegomya facia* او

Oedes Egypt . فلنعد الان موقفاً الى ما سبق اذاعته في بيروت من نحو ربع

قرن عن اكتشاف انتشار الضنك بواسطة البعوض المسمى *Culex fatigans*

ولنقابله مع ما نشر مؤخراً عن انتشاره في جزائر الفلبين بواسطة البعوض

المسمى *stegomyia facia* فاننا نرى تشابهاً عظيماً لا بل مطابقة كلية في

جوهر الاداعتين .

لرب قائل يقول هل الضنك الذي يظهر في بلادنا السورية هو نفس

الضنك الذي يظهر في جزائر الفلبين او يختلف عنه؟ فاقول بما أن العامل المرضي

في ضنك كلا البلدين لم يزل مجهولاً فلا يمكننا التعديل على هذه النقطة للتمييز

بين^١ المرضى لكن من المعلوم ان الضنك يغشى بلادنا في الصيف والخريف
الاشهر التي يكثر فيها البعوض وقد ثبت ايضا في جزائر الفلبين ان الضنك يتفشى
بين اشهر نيسان وتشرين الثاني حيث يكثر البعوض ايضا فهنا نرى التشابه
الوافدي بين ضنك البلدين من حيث الموسم

وكذلك نرى ان مدة الحضانة في كل من المرضى تتراوح بين الاربعة
والثمانية ايام وهذه نقطة تشابه بينهما

فلنجل الطرف الان في الاعراض السريرية لنرى هل هناك من تشابه
بين اعراض ضنك سوريا وذنك الفلبين ؟

في عام ١٩٠٨ ظهرت في بيروت وافدة ضنك شديدة الوطأة دوت في
اثنائها عدة مشاهدات عن الوافدة والاعراض السريرية والاختلاطات وخلاف
ذلك ونشرت هذه المشاهدات في مجلة Medical record النيويوركية والان انقل
لخضراتكم خلاصة ما نشرته عن الاعراض السريرية :

بعد حضانته تتراوح بين ثلاثة وسبعة ايام يهاجم المرض فجأة بشعيرة
وارتفاع في الحرارة واحياناً بدوار يكون دائماً مرفوقاً بصداع والام في مقل العين
وفي الظهر والمفاصل خصوصاً في الركب والعضلات وقد شاهدت في كثير من
الحوادث طفح خفيف في اليوم الاول والثاني ينتشر على الوجه والصدر

يفقد المصاب شهية الطعام طول مدة المرض وفي عدد غير قليل من المرضى
يحدث تسرع في النبض وارق واحياناً هذيان ٠ اما الحمى فتتصاعد للدرجة
٣٩ - ٤١ وكانت تدوم من ثلاثة ايام الى ستة وعلى الغالب كانت تهبط بيجران
ويرافق هذا الهبوط ظهور طفح على كل الجسم سريع الزوال ومعه بعض تقشر

في الجلد وفي بعض الحوادث كان يظهر تضخم في الطحال . وقد تكون بعض الحوادث خفيفة لدرجة لا يشعر معها المصاب بضرورة ملازمته الفراش وبعض الحوادث كانت شديدة الوطئة ويرافقها اختلاطات عديدة بعضها كانت مهم ووخيم الانذار .

هذه خلاصة الاعراض التي شاهدها في ضنك بلادنا ومن ما ذكره الاستاذ دي بران عن اعراض الضنك في سوريا قل في كتاب Roger - Widal & Teissier في الصفحة ٧٤٤ : مدة حضانة الضنك تختلف بين يوم واربعة ايام واحيانا تكون قصيرة ولا تزيد عن بعض ساعات ابتداء المرض يكون دائماً فجائياً . الالام هي اعراض دائمة في الضنك منها الصداع الذي قد يكون العرض الرئيسي والالام القطنية كثيرة الحدوث . الالام في الاطراف تكون خاصتاً في مفاصل الركبة والكاحل . ثم قال في الصفحة ٧٤٦ النفاط كثير الحدوث ويمكن ان لا يظهر في بعض الوافدات . ثم قال في الصفحة ٧٤٧ مع انه يوجد حوادث بدون حرارة فالحمى هي القاعدة الحرارة ترتفع فجأة وتصل الى اقصاها اي ٣٩ او ٤٠ واحيانا ٤١ بظرف عدة ساعات .

الانحداب (La courbe) ليس له نظام . بمد ان تدوم الحرارة من يوم الى ثلاثة ايام تنخفض تدريجياً وقد يحدث بعد ان تدوم الحرارة من يوم الى ثلاثة ايام ان يشاهد هبوط سريع ويسبقه احياناً اعراض بحرانية في المناطق الحارة يظهر الانحداب هبوطاً من يوم الى ثلاثة ايام تنزل فيه اثنائها الحرارة الى ما يقارب الدرجة الطبيعية . ثم يعقبها اشتداد الاعراض حيث يصادف ظهور الطفح الثانوي . وهذا الشكل يشاهد احياناً في سوريا

ثم ذكر الاستاذ دي بران في رسالته عن الحمى الحمراء في سوريا بين الصفحتين ٦٦٣ - ٦٦٩ ما ملخصه ان من اعراض الضنك اولاً تلبك معدي ثانياً تكسير الجسم والتعب مع الام مختلفة كالصداع والم الظهر والم الركب والعضلات . ثالثاً النفاط وهو من الاعراض الخاصة بحمى الضنك . رابعاً التشنج . خامساً الحمى وهي ترتفع بسرعة وتبلغ اعلى درجاتها بظرف عدة ساعات وهي نادراً تزيد عن ذلك في الايام التالية

ولننظر الان الى الاعراض السريرية التي شاهدها البعثة الاميركية ونشرتها في تقريرها وهذه خلاصتها :

المهاجمة فجائية مرفوقة بصداع والام في مؤخر مقل العين واحتقان الوجه والعينين . عدم شهية للطعام فقدان حاسة الذوق . الام في الظهر . الام في المفاصل والعظم مع انخراط شديد في الجسم . الحرارة تدوم من ٣ - ٤ ايام ثم تنخفض قليلاً ثم تعود الى الارتفاع بعد يوم او يومين تنتهي بهبوط سريع . عند ارتفاع الحرارة باول المرض يظهر طفح احمر اولي على الصدر والظهر والجنبين وعلى الجهة القابضة من اليدين والساقين مع الكتابة الجلدية . ويحصل في الدم تخفيض في عدد كريات البيض مع ازدياد نسبي للكريات اللفافية ويصادف عند هبوط الحرارة النهائي ظهور طفح جلدي ثانوي متعدد الشكل

هذه هي الاعراض التي شاهدها البعثة الاميركية في الفلبين ولدى مقابلتها مع مشاهداتنا في بيروت ترون ايها السادة ان اعراض المرض وسيره في بلادنا وفي الفلبين واحد . ولرب قائل يقول ان الحرارة في ضنك الفلبين تتنازل في اليوم الثالث او الرابع وبعده تعود للارتفاع وهذا الهبوط لم يذكر

عنه شيء في ضنك البلاد السورية فاجيب انني كنت لاحظت هبوطاً في الحرارة في اليوم الثالث او الرابع من المرض وكنت اعزیه الى نتيجة المعالجة كاستعمال مسهل او خلاف علاج من مهبطي الحرارة في اليوم الثاني او الثالث من المرض حيث يدعى الطيب ولم انظر الى هذا الهبوط كميزة لسير المرض كما فعلت البعثة الاميركية

بعد ان رأينا ان الضنك في سوريا وفي الفلبين ينتشر في موسم واحد اي ايام يكثر فيها البعوض

وبعد ان رأينا من التجارب التي اجريت في بيروت وفي جزائر الفلبين ؟ انه يتم نقل الضنك اختبارياً من شخص لاخر بواسطة البعوض وبعد ان رأينا من ابحاث وتجارب بيروت والفلبين ان الضنك لا ينتقل من مريض الى سليم مباشرة مهما كثر اختلاطهم ان لم يكن هناك بعوض لينقل العامل المرضي

وبعد ان رأينا ان الاعراض السريرية في ضنك كل من البلدين مطابقة للآخرى لا بد ان نحكم ان المرض الذي يغشى البلدين هو واحد وان يكن هناك فروقات فهي بسيطة وناجئة عن اختلاف تأثيرات المحيط والاقليم واستعداد الاجسام وما شابه ذلك وبعده لم يبق عندنا سوى امر واحد يجب البت فيه وهو هل البعوض الناقل لذنك سوريا هو نفس البعوض الناقل لذنك الفلبين او لكل ضنك بعوض خاص ؟

ذكر الاستاذ كراهمن الناقل للذنك هو *Culex fatigans* وذكر البعثة الاميركية ان الناقل هو *stegomyia facia* المسماة *oedes Egypt* وليس

Culex fatigans ومن مقابلتنا هذين الرأيين مع بعضهما نرى بينهما اتفاق ونرى بينهما اختلاف فالاتفاق هو بالجوهر الاساسي اي اثبات انتشار حمى الضنك بواسطة البعوض والاختلاف هو في نوع البعوض الناقل . وهذا الاختلاف بنظري ثنائوي الاعتبار : لانه لما ثبت من ربع قرن ان البعوض هو الناقل لحمى الضنك صار ارسال عدد من ذلك البعوض الى احد الخبراء وطلب منه ان يتحقق نوعه ويعرفه باسمه العلمي فاجاب انه من نوع *Culex fatigans* وهكذا اذيع ان *Culex* هو ناقل الضنك واخيراً ثبت لدى البعثة الاميركية في الفلبين ان البعوض الناقل لحمى الضنك كما عرفه الاختصاصيون بعلم البعوض هو من نوع *stegomya* وليس من نوع *Culex* فعلي كلى الحالتين فالناقل هو البعوض ولا فرق بين ضنك سوريا و ضنك جزائر الفلبين سوى بنوع البعوض الناقل . فهل فعلاً هناك ضنكين متشابهين من كل الوجوه و ينتقل كل منهما بنوع خاص من البعوض او هل هناك ضنك واحد ينتقل في سوريا بالـ *Culex* وفي الفلبين بالـ *stegomya* ؟ ام هل لا فرق بين الضنكين ولا بين البعوضين سوى اختلاف وقع في تسمية البعوض الواحد ؟

لا شك ان البعوض الذي ينقل الضنك في الفلبين هو من نوع *stegomya* لان ما قامت به البعثة الاميركية من التجارب والتدقيقات كانت كافية ومقنعة ولاجل معرفة فيما اذا كان يوجد من هذا البعوض في بلادنا فاني قمت مؤخراً بجمع كميات من البعوض المنتشر في بيروت لدرس انواعه فوجدت عدى عن الكولكس والانوفل مقداراً وافراً من *stégomya fasciata* قللت في نفسي لا شك ان هذا البعوض كان موجود في بلادنا من عهد قديم . فهل يبعد

ان يكون البعوض الذي اجريت به التجارب وثبت انه الناقل للضنك وارسل الى الخبير لتسميته كان من نوع *stegomya* وان الخبير اخطأ بتسميته *culex* في ذلك العهد لم تكن علامات التفريق والتمييز بين *culex* و *stegomya* وغيرها من البعوض معروفة ومفصلة عند كل رجال الاختصاص كما هي اليوم هذا ما اردت ان الفت اليه الانظار الان وهذا ما وصل اليه العلم مستنداً على البحث والاختبار وانني ارجو حضرات الزملاء اذا اتفق لهم ان يشاهدوا الضنك بعد الان ان لا تشغلهم معالجة المرض فقط بل ان يستفيدوا من تلك الفرص ويدرسوا المرض من وجهته العلمية واذا جاء الغد وكشف لنا اسراراً لم ندر كما فتلك بغيتنا والله الهادي الى الصواب

الضنك والبعض

للككتور الامير رؤيف ابي اللمع

استاذ امراض الاقاليم الحارة في الجامعة الاميركية في بيروت

لو لم يكن في هذا الموضوع من لذة وفي درسه من فائدة ولو لم يكن في قلم الاستاذ خاطر من منطق وفي جدله من ظرفٍ وادب ولو لم يكن الحكيم غصن «مقداحاً» يعمل بعينه الجذابة ولسانه الناعم على تأجيج نار هذه المباحثة لتغذية مجلته العزيزة - لما كنت ولجت هذا الباب مرة ثانية بعد الذي اوردناه.

ولكنني والاستاذ الكريم يتحدثاني للجواب والحكيم الصديق يلح عليّ

بعدم الاحجام اراني مضطراً للاجابة والكتابة وكيف يرفض لهذين الزميلين العزيزين طلب

فلمنا استميج كرام القراء بعجالة موجزة على ملاحظات الحكيمين ترابو وخاطر على مقالى الماضى وبكلمة عما جرى بخصوص انتقال الضنك في المؤتمر الطبي الدولي لامراض الاقاليم الحارة وعلم الصحة في القاهرة هذا العام ١٠ | المؤتمر : خصص القسم الاول من جلسة صباح الاربعاء الواقع في ١٩ كانون اول للبحث في حمى الضنك ولم يخصص في جدول أعمال المؤتمر غير هذا الوقت .

وكثيراً ما قششت قبل ولوج القاعة عن الاستاذ ترابو لأجلس قربه ^{في} في هذه الجلسة التي تهننا معاً - فلم اجده هناك ولم اجد احداً من الاخوان الزملاء الدمشقيين ؟ فقلت ان الحكم سيصدر غيباً وسيستأنف للمؤتمر الآتي سنة ١٩٣١ في امستردام فلا حول ولا قوة الا بالله !

كان الخطيب الرسمي الدكتور « ارافانتينوس » (Aravantinos) استاذ الامراض الداخلية في جامعة آثينا وموضوعه « وافدة الضنك في اليونان سنة ١٩٢٧ - ١٩٢٨ » فتكلم عنه مطولاً وقد رأى عشرات الالوف من المرضى واشتغلت دائرته البكتريولوجية طيلة سنة كاملة في درسه واختباره وما انتهى من خطبته ووضع الموضوع للمناقشة حتى وقف الحكيم عرداتي وسأل الاستاذ هذين السوءين الصريحين المحدودين :

اولاً : كيف ينتقل الضنك ؟

ثانياً : هل ضنك البحر المتوسط هو ذات ضنك الاقاليم الحارة كألهند ام

هناك نوعان ؟

فاجابه الاستاذ - وهو حيٌ يرزق - بوضوح تام وبلغة صريحة - انه يعتقد تمام الاعتقاد انه يوجد ضنك واحد في العامل المرضي وفي الحيوان الناقل وفي الاعراض السريرية وليس هناك سبب يبرر قسمة هذا المرض الى نوعين؟؟ فلم يعترض احد على هذا الكلام وانتقل البحث الى سواء

ولهذا كان عجبى عظيماً عند ما قرأت في جريدة لسان الحال الغراء تصريح الدكتور عرقننجي لصعفا في دمشق انه ييثن في مؤتمر القاهرة واثبت ان الضنك لا ينتقل بواسطة البعوض وفند مزاعم اطباء بيروت؟؟

فالدكتور عرقننجي لم يكن حاضراً تلك الجلسة ولم يتكلم احد من الاطباء السوريين واللبنانيين الا الدكتور عرباتي فقط

ربما تكلم الدكتور عرقننجي عن الضنك في غير تلك الجلسة وهي الوحيدة المخصصة له كما اسلفت - فجاء كلامه بطريق العرض ولم يسعدنا الحظ باستماع تلك الاثبات التي لا تقبل الرد لاننا نوءد كد لحضرته ان اطباء بيروت نظير اخوانهم اطباء دمشق هم رواد حقائق يسعون اليها ويخضعون لها كيفما اتت وعن اي كان ، وما موعدا بنشر كتاب وقائع المؤتمر ببيعد فكل آت قريب

ملاحظات الاستاذين تراو وخاطر : اما ملاحظات الاستاذين على مقالي فانا اقدم لحضرتهم الردود التي يطلبونها واقبل حكمهما - هما نفسهما - لي او علي :

اولاً : في صفحة ٤٢٩ من العدد الثامن من السنة الخامسة يقول الاستاذان

ان ضنك الاقاليم الحارة وذنك البحر المتوسط ينقلان رأساً من الانسان الى الانسان وفي صفحة ٢٢٤ من العدد الخامس من السنة السادسة يقولان « اننا نعتقد بانتقال ضنك البلاد الحارة بالبعوض » فهل يتكرم الاستاذان بتصحيح هذه المغالطة واخبارنا اي الرأيين هو رأيهما الاخير المعوّل عليه ؟ ...

ثانياً : يقول الاستاذان - قصد تفريق الضنك - ان ضنك الاقاليم الحارة مرض فصلي يظهر في صيف كل سنة حين فقس البعوض وذنك البحر المتوسط مرض يفد كما تفد الاوبئة في فترات مختلفة

فليسمح لي الزميلان الفاضلان ان اذكّرهما - ومثلهما لا يحتاج لتذكير - ان ضنك البلاد الحارة لا يظهر مطلقاً كل سنة من فقس البعوض كما يتوهمان بل هو كضنك البحر المتوسط تماماً يظهر في وفدات مختلفة الازمان . ومن راجع تاريخ وافدات الضنك في الاقاليم الحارة تبين له ذلك بأجلى بيان

ففي سنة ١٨٢٤ الى ١٨٢٨ ظهرت الوافدة العظمى في كل الاقاليم الحارة وسنة ١٨٧١ الى ١٨٧٣ ظهرت وافدة ثانية اجتاحت افريقيا الشرقية والصين والهند وبلاد العرب ومصر وسنة ١٨٩٥ الى ١٨٩٦ ظهرت وافدة الهند الثانية الخ كتاب كاستلاني صفحة ١٢٤٤

فلهذا نرى ان وافدات ضنك الاقاليم الحارة لا تأتي في صيف كل سنة بل في وافدات متعددة . فالاثنتان لا يختلفان من هذه الوجهة في شيء على الاطلاق ثالثاً : يقول الاستاذان ان ضنك البحر المتوسط نفاطي وذنك الهند لا نفاط فيه - وهذه نقطة لا نسلم بها ايضاً فالنفاط يحدث في ضنك الهند كما في ضنك البحر المتوسط تماماً

يقول الاستاذان ان « مانسون » (ابا طب الاقاليم الحارة) « وكستلاني »
تحنى الرؤوس امام معارفهما ولكنهما درسا وكتبنا عن ضنك الهند وضمنك
الاقاليم الحارة لا عن ضنك البحر المتوسط
فالى الاستاذين اذن ما يقوله كلاهما عن ضنك الهند.

« ومع عودة الحرارة يظهر على الجسم نفاط يبتدىء في اليدين ويمتد الى
الساعدين فالصدر فالبطن فالساقين » (مانسون صفحة ١٩٠ طبعة ١٢٧)
وهكذا يقول كاستلاني صفحة ١٢٤٨ فالنفاط معروف من قديم الزمان
وقد وصفه جميع الاطباء في الاقاليم الحارة كمانسون وكستلاني وفي شواطئ
البحر المتوسط كدبران وغراهم وعرداتي وكثيرون غيرهم

رابعاً : اما القول ان حمى التيفوس لا تظهر الا في زمن الحروب والسجون
فانا احيله الى مستشفى الجامعة الاميركية حيث وجدوا منذ شهر واحد فقط
حادثة تيفوس حقيقية باعراضها السريرية وبمخاضها البكتريولوجية وقد اعلمت
ادارة الصحة بالامر ونقل المريض الى مستشفى الامراض السارية حيث اجريت
الابحاث ثانياً فانت بذات النتيجة

نعم ان التيفوس لا يظهر كوباء عام الا في الازمنة التي اشار اليها
الاستاذان ولكن نرى دائماً من وقت لآخر حوادث متفرقة تدل - كما قلت
سابقاً - على ان الجرثومة تبقى حية حتى يتسنى لها الظهور اما بتغيير يطرأ عليها
او على الحيوان الناقل لها او على الانسان فيجعله صالحاً لها وتلك ابحاث عميقة لم
يتوصل اليها العلم لحالها الان

والا لو كانت الجراثيم تموت وتنتلش من الوجود بعد الوافدات فمن اين

تخلق ثانية من عام الى عام

خامساً : يقول الاستاذان ان المصل يبقى ذا فوغة بعد تصفيته من مصفأة شمبران وهذا يدل على ان العامل المرضي في الضنك من نوع الجراثيم العابرة المصفأة . فانا اسلم بذلك ولا اشك به ولقد ذكرته في مقالي السابق ولكنني لا ادري اي حجة يريد ان يستخلصها الاستاذان

هل كون جرثومة الضنك من الجراثيم الغير المرئية ويبرهن انها لا تنتقل بواسطة البعوض ان ينقل ايضاً الجراثيم التي لانستطيع ان نراها الان(???)ولماذا نقول ان العامل المرضي في الضنك من نوع الجراثيم الغير المرئية التي لا تحتاج لواسطة نظير جراثيم الحصبة والجذري ولا نقول انه من نوع الجراثيم الغير المرئية التي تحتاج الى واسطة — او ليس العامل المرضي في التيفوس جرثومة غير مرئية ايضاً ولكنها تحتاج لناقل هو القمل .

سادساً : اما زمن وافدة السويس الاخيرة الذي تريدان معرفته فهو سنة ١٩٠٦ الى ١٩٠٧ وهالك تعريب ما يقوله سنت Stitt مفتش صحة الاسطول الاميركي في كتابه امراض الاقاليم الحارة الطبعة الثالثة صفحة ٢٢٧

« انه من اعظم البراهين على انتقال الضنك بواسطة البعوض هو عدم وجود الضنك في بورت سعيد في وافدة سنة ١٩٠٦ رغمّاً عن وجوده في كل الاقطار المصرية المجاورة . وسبب ذلك هو عدم وجود البعوض الذي اتلف لجعل منطقة بورت سعيد خالية من الملاريا . وهذه الحملة ضد البعوض ابتدأت في ايار سنة ١٩٠٦ » فهل في ذلك غموض او ابهام ؟ او ليس ضنك بورت سعيد من « ضنوكه » البحر المتوسط ؟

سابعاً : يأسف الاستاذان الكريمان على اضاعتي الوقت بنقل اقوال اولئك الثقاة لانهم انما يتكلمون عن ضنك الاقاليم الحارة وليس عن ضنك البحر المتوسط . ولكن كم تكون حيرة الاستاذين الان عظيمة عندما اوكد كلامي الاول واقول ان اولئك الثقاة انما يتكلمون عن ضنك سوريا ومصر واليونان وامريكا ايضاً لا عن ضنك الاقاليم الحارة فقط

قال مانسون صفحة ١٨٧ في تحديده الضنك انه حى تنتقل بواسطة السيتغميا وربما غيرها ايضاً من البعوض وتمتد سريعاً كوافدة وبائية وقد غشيت مراراً سوريا واسيا الصغرى واليونان وامريكا الشمالية والجنوبية وهي عامة دائمة في بعض جزر الباسيفيك النخ فهو اذن بصراحة تامة يتكلم عن ضنك البحر المتوسط .- ويذكر الحسن الحظ اسم سوريا - ويقول أن ضنكها ينتقل بواسطة البعوض ومثله يقول كاستلاني وستت وروجاه . فكلمهم عند ما يتكلمون عن الامكنة التي يغشاها الضنك يذكرون مع اسم الهند والفيليبين اسم مصر وسوريا واليونان

وعلى كل فانا شاكر للاستاذين شفقتهما على نعي ووقتي وان كانت هذه الشفقة في غير محلها

« بقي امر اخباراتي الناقصة »

ربما كان دم الارنب المصري ينقل العدوى الى الانسان بعد تلقيحه بخمسة ايام ولكن هل ذلك يعني ان المرض ينتقل فعلاً الى الحيوان ؟

اننا نعرف بالمرض في الحيوان او في الانسان تخريبات داخلية وضعف وحرارة واعراض سريرية وربما الموت فهذا شيء منه لم يكن والارنب المصري

الملقح بدم المريض لا يضعف ولا تصعد حرارته ولا تظهر عليه اعراض سريرية ولا تخريبات داخلية ولا يموت ٠٠٠ فكيف ينتقل اليه الداء وكيف ندعوه مريضاً اذا؟ ٠٠٠٠

ان نقل الضنك من دم الحيوان للانسان بعد حقنه بخمسة ايام لا يدل على ان المرض انتقل ايضاً للحيوان - فهو بعرفي ليس مريضاً - ولكنه يدل فقط على ان الجرثومة يمكنها ان تعيش وان لم تؤثر البتة - خمسة ايام في جسم ذاك الحيوان

هذا ما عن لي ابدأؤه في هذا الموضوع المفيد واذا لم يكن لهذا البحث من فائدة الاستفزاز الزميلين العالمين للكتابة في هذا الموضوع الجليل بالهما من مقدرة وخبرة وحكمة وادب لكفاني جزاءً على الوقت الذي اضعته
فلهما مني - مع الاعجاب والاحترام - اطيب الشكر واجمل الثناء

الضنك والبعوض

للحكيمين ترا ابو ومرشد خاطر الاستاذين في معهد الطب

بدمشق

ما كنا لنعود الى البحث في الضنك بعد المقالات العديدة التي نشرناها على صفحات هذه المجلة الزاهرة والردود الكثيرة التي وجهها اليها زملاؤنا البيروتيون الكرام - ما كنا لنعود مرة ثانية بعد ان كان لمؤتمر القاهرة الطبي فيه جولة اشترك بها الكثيرون من اساتذة اوربة العظام . قلنا ما كنا لنعود الى هذا البحث الذي قتل درساً لو لم يكن في كلام زميلنا الامير ابي اللع

سحر يجذب العقول الى الابداع ويدعو الاقلام الى التسجيل ولو لم يكن مثل في ذلك المؤتمر الحافل مشهد آخر غير المشهد الذي ذكره الامير 'مشهد نرى في ذكر خلاصته بعض الفائدة لقراء هذه المجلة الكرام ولهذا نعود الى مسك القلم بعد ان كنا عاهدناه صمتاً ونرجع الى الحوار اللذيذ بعد ان كنا عمدنا على قطعه وحرمان انفسنا لذته وفائدته .

.....

المؤتمر : كان المؤتمر قد عين لاحدنا (ترابو) اليوم الثامن عشر من شهر كانون الاول لقراءة بحثه في شعبة الطب وكان يعلل النفس بان الزملاء البيروتيين يحضرون تلك الجلسة التي سيبعث فيها عن الضنك وحى الايام الثلاثة كما انه كان يتوق من الصميم الى حضور الجلسة التي سيبعث فيها الحكيم ارافانتينوس في صباح اليوم التالي عن وافدة الضنك في اليونان سنة ١٩٢٧ - ١٩٢٨ ليناقش فيهما الزملاء الكرام بحضرة من شهد تينك الجلستين من اساتذة الغرب اراءهم . واذا بالمؤتمر نفسه قد بدد تلك الامال التي كان يعلل نفسه بها لانه لسبب لانه لم يعلمه ولعله لضيق الوقت في الثامن عشر عن استيعاب الموضوعات التي خصصت له قد نقل موعد بحث احدنا الى صباح اليوم التاسع عشر الى تلك الساعة التي كان يلقي بها زميلنا الاتيني بحثه عن وافدة الضنك . وقد كان احدنا يتلهب شوقاً الى الاجتماع بالزملاء البيروتيين في شعبة الطب حيث يلقي بحثه غير انهم قد حضروا تلك ولهم عذرهم لانهم ظنوا ان الدمشقيين سيحضرونها وان الفرصة ستسنع لهم لمناقشتهم في الاراء التي سيدونها ولعلمهم لو عرفوا ان احدنا سيتكلم عن الضنك في ذلك الصباح لكانوا فضلوا حضور الجلسة التي سيحكي

بها وطيس المناقشة من ان يذهبوا الى حضور تلك ولعلّ الاسم الذي اسعى به احدنا موضوعه كان سبباً للايهام فلم يفقه زملاؤنا الكرام انه سيبحث فيه عن الضنك فقد اسماه « في سبيل معرفة بعض الامراض المسماة امراض البلاد الحارة والمشاهدة على ضفاف البحر المتوسط الشرقية معرفة اجلى »

ومهما يكن فاننا لنأسف اشد الأسف لاننا فقتشنا عن زملائنا البيروتين فلم يسعدنا الحظ بالاجتماع بهم في تلك الجلسة كما انهم فقتشوا عنا فلم يرونا .

.....

اما الجلسة فقد كانت خلافاً لتلك معرضاً للاراء ولم تقتصر على سرد المحاضرة وطرح سوء الين والاجابة عنهما فقط بل اشترك فيها عدد غير قليل من اساتذة الغرب بالكلام وكانوا جميعهم الى جانب نظريتنا بوءيدونها بحججهم الا زميل واحد يوناني فاننا اسمه كان رأيه مخالفاً لرأينا في البدء فاقنم بعد ان وجهت اليه من الكثيرين الاجوبة السديدة . وقد اقبل البحث في تلك الجلسة بعد ان اعلن من شهدوها جميعهم انهم الى جانب نظريتنا وبعد ان تناول الكلام احدنا في خلال المناقشة مرات عديدة كما سيتبين من خلاصة اعمال المؤتمر التي لسنا نظنها بعيدة عن الظهور .

فاذا كان المؤتمر قد حكم في جلسة ثانية وفي ساعة واحدة — حكماً منافياً لحكمه الاول فاننا نعذره لان الحكم غيبي لم يحضره المدعون .

اما الان فرداً على جوابي ارافنتينوس :

« ٠ — ان الضنك ينتقل بالبعوض

٢ - ان الضنك واحد وليس ضنكين وان عاملهما المرضي واحد وطرق

عدواهما واحدة واعراضهما السريرية واحدة وانه لا يجوز ان نشق منهما مريضين مختلفين »

نبين الامور الاتية :

هل يعتقد ارافنتينوس وتعتقدون انفسكم بان الضنك الذي ظهر في سورية واليونان هذا الضنك الذي وصفه وصفاً بديعاً الاستاذ دبرون في رسالة روجه فيدال ويتسبه مرضاً نفاطياً ام غير نفاطي ؟

انكم ولا شك تحجبون ويحجب ارافنتينوس نفسه انه نفاطي فانتم لم تنكروه ولا نحن انكرناه ولا زملاؤنا اليونانيون الذين شهدوا تلك الجائحة الكبرى في بلادهم انكروا النفاط ايضاً

واذا كان الامر كذلك فهل النفاط في عرف زميلنا الامير وفي مقررات علم الامراض العامة صفة اساسية في تمييز مرض عن الاخرام لا ؟
ان زميلنا المناظر لا يختلف عنا في الرأي على ما نظن بانه من الصفات الاساسية المميزة .

فاذا كنا على وفاق في الامرين السابقين نقول ان ضنك البلاد الحارة لا نفاط فيه والى الامير الأدلة على قولنا .

يقول اورماي (Ormay) الذي يدرس امراض البلاد الحارة في الصين منذ زمن ليس بالقصير : « اما النفاط فلم اراه مرة واحدة في الضنك وقد نهيت انظار لمرضى انفسهم لهذا الامر » .

ويؤكد بروشه (Brochet) وفسال (Vassal) وروجرس (Roggers) الذين درسوا الضنك في الشرق الاقصى والهند ان النفاط الذي يبدو في المصابين

بضنك البلاد الحارة ليس سوى نفاط ناجم من غزارة العرق وليس نفاطاً خاصاً بالمرض نفسه لانه يبدو في جميع الامراض التي يعرق بها المريض عرقاً غزيراً حتى انه يبدو صيفاً في من ليسوا بمرضى .

وقد ذكر زميلنا الدكتور لايبولد روبر (Leopold Robert) في مؤتمر القاهرة الذي اشترك بالمناقشة بعد قراءة محاضرتائه بعد ان صرف في سيام (Siam) احدى عشرة سنة ورأى فيها ما لا يعد من حوادث الضنك لم يراً بدءاً النفاط فهل من شك بعد هذه الشهادات التي اوردها اشخاص درسوا ضنك البلاد الحارة في بوئرتة في ان ضنك البلاد الحارة لا نفاط فيه وان النفاط الذي يظهر ويظنه بعض المؤلفين نفاطاً خاصاً بالمرض ليس سوى نفاط ناجم من العرق كما هو الامر في ضنكنا السوري نفسه الذي يبدو فيه نفاطان يمتاز احدهما عن الاخر نفاط ناجم من العرق ونفاط آخر خاص بالمرض .

اما الدكتور عرقتنجي فقد كان ممن ناقشوا في تلك الجلسة وقد اورد لتأييد نظريتنا نقاطاً مهمة تستحق الذكر مستمدة من طبائع الناموس مما جاء ذكره في المقالات السابقة التي نشرناها على صفحات هذه المجلة الزاهرة ولا نرى لزوماً لاعادته . وقد جاء في كلامه انه اذا ثبت ان ضنك البلاد الحارة ينتقل بالناموس فيصعب ان يكون الامر كذلك في ضنك البحر المتوسط كيف لا وهو قد تفشى في لبنان على علو ١٢٠٠ متر مع ان برومبت يقول ان الناموس لا يعيش في هذه المرتفعات . ومع ان وافدة دمشق قد تابعت سيرها في سنة ١٩٢٧ حتى كانون الاول اذ كان الناموس قد امحى اثره . وقد انهى مناقشته بقوله اننا بناءً على ما قدمناه نؤيد الرأي القائل بان ضنك البلاد الحارة ينتقل

بالبعوض كما اثبتت الاختبارات وان ضنك البحر المتوسط لا ينتقل به .
 هذا ما نقوله عن الموءمر ولنعد الآن الى مناقشة الزميل الفاضل بما اورده
 في مقالته الخاصة : قلنا ولا نزال نقول ان ضنك البلاد الحارة ينتقل بالبعوض
 وان ضنكنا ينتقل من الانسان الى الانسان ولسنا نظن ان حضرة الزميل في حاجة
 الى معرفة رأينا بعد ان ملأنا صفحات هذه المجلة في تأييده اما ما اخذه علينا
 وذكره عنا في مقالته السابقة وردده في مقالته هذه عن ان ضنك الاقاليم الحارة
 وذنك البحر المتوسط ينتقلان رأساً من الانسان الى الانسان (الصفحة ٤٢٩)
 فهو ولا شك غلط مطبعي لاننا لا نقول به البتة وقد قفشنا عن مسوداتنا التي
 كتبناها لتحقيق ما اذا كان قد وقع هذا السهو منا في اثناء تدبيج مقالتنا ام ان
 المطبعة اسقطت احد سطورنا فلم تجدوها ومهما يكن فنظر يتنا شهر من ان تحتاج
 الى ايضاح على ما نرى وقولنا بانتقال ضنك الاقاليم الحارة بالبعوض واستشاؤنا
 ضنكنا منه ليس فيه شيء من المغالطة .

اما قول الزميل الفاضل عن ضنك الاقاليم الحارة انه لا يظهر في صيف
 كل سنة حين فقس البعوض (كما توهم) بل انه كضنك البحر المتوسط يظهر
 وافدات وايزاده لتوارى وافدات الضنك في تلك البلاد حسبما ذكرتها الموءلفات
 الطبية ، ففيه بعض الوهم . وبكفينا لاثبات ما نقول ان نسأل حضرة
 الزميل اضاعة بعض وقته الثمين وقراءة الابحاث الواردة في رسالة غرل وكلاراك
 (Grall et Clarac) عن الضنك وحميات الاقاليم ليتحقق اننا لسناعلى وهم في ما نقول .
 ومع هذا فلا يجوز لنا ان نرسل الكلام على عواهنه بل يجدر بنا ان ندقق
 في معانيه فان المرض البلدي (endémie) يظهر احيانا بمظهر الاوبئة دون ان

يغير مظهره هذا الجديد شيئاً من طبيعته وطرز نفسيه و طريقة انتقاله فلم نر ان البرداء تظهر في بلادنا احياناً بمظهر الوباء الشديد متى لائمتها الشروط وهل متى ظهرت بهذا المظهر كانت غير البرداء التي نعرفها ؟ لا اعمرى فهي هي في كلتا الحالتين غير اننا اذا تكلمنا عن البرداء ذكرنا عنها ذلك الشكل الوبائي الذي اتخذته لانه ليس بالشكل المعتاد واهملنا الحوادث القليلة التي تظهر كل سنة حين فقس البعوض وهذا ما يحدث في ضنك البلاد الحارة الذي يأخذ حيناً بعد حين شكلاً وبائياً فيذكر المؤلفون عنه تلك الوافدات غير انه يظهر في صيف كل سنة كما يستدل من ابحاث من مارسوا في تلك البلاد الموبوءة به .

اما ما يذكره لنا حضرة الامير عن الريض (التيفوس) وتوحيه بمحاذنة منه قد ظهرت في مستشفى الجامعة الاميركية منذ زمن قليل اثبتت تشخيصها الاعراض السريرية والتحريات الجرثومية فليس بالامر الغريب الذي نجهله لاننا نحن ايضا قد رأينا حوادث ريض مفردة في غير اوقات الحروب وخارج السجون ولكن هذا لا يعني ان الريض قد اخذ شكلاً وبائياً في غير هذه الازمنة والامكنة والا لكان من الواجب ان ينتشر الوباء في عاصمة الجمهورية اللبنانية بعد تلك الحادثة كما كان الامر في الحرب العامة حينما كانت تبدو حادثة حمى من هذا النوع في حيٍّ من الاحياء او بلدة من البلدان .

نعود اخيراً الى الاختبارات التي اجراها مستوصف باستور في اثينا واثبت بها ان الضنك ينتقل من الانسان الى الحيوان لان دم ذلك الحيوان ولو لم تظهر فيه اعراض الضنك ينقل المرض الى الانسان متى حقن به فيكون اذن قد اصيب بضمنك خفي كما يحدث في الانسان نفسه احياناً

يقول زميلنا الفاضل في تعليل هذه الاختبارات ان انتقال الضنك بدم الحيوان الملقح لا يسدل على ان المرض قد انتقل للحيوان « فهو بعرفه ليس مريضاً ولكنه يدل فقط ان الجرثومة يمكنها ان تعيش وان لم تؤثر البتة خمسة ايام في جسم ذلك الحيوان »

وهذا تعليل لا نقبله ولا نجاري به حضرة الزميل البتة وقد كنا نسلم به لو كان الجرثوم الناقل في غير الدم على طرز ما يحدث في الخناق (الدفتيريا) والمهضة الاسيوية (الكوليرا) اذ يكون الجرثوم في الاقسام العليا من جهاز التنفس وفي الغائط و يكون الاشخاص حاملة جراثيم (بورتور) لا مرضي اما ان يكون الجرثوم في الدم اي ان يكون تعفن دموي ولا يعد حامل ذلك الجرثوم مريضاً فهذا مما لا نستطيع التسليم به ولا يرضى به المختبرون ولا الطب نفسه .

هذا ما نقوله جواباً على مناظرنا الفاضل الذي شاء ألا يحرمنا نفثات قلعه الساحر ودرر علمه الغزير ولعل المستقبل القريب يضع بين ايدينا حجة اقوى نؤيدها رأينا او انه يضع بين يديه برهاناً دامغاً يقنعنا به . فنعود الى الوثام العلمي كما نحن على اتفاق في طلب الحقيقة والجري وراءها .

واذا صح ما رأيت اعياننا منذ بضعة ايام في المستشفى العسكري بدمشق واذا ثبت ان تلك الحادثة التي رأيناها هي من نوع الضنك لانها نموذج ناطق له باعراضها السريرية وسيروها مع ان الثلوج تنهمر والارياح الباردة تعصف كانا ان نفتش عن تلك الناموسة التي نقلت الى ذلك المريض المسكين تلك الجرثومة في مثل هذا الفصل البارد الذي سد طريق بيروت في وجوهنا ووجوه الناموس فلم يعد انتقاله الينا ممكناً او كان لنا ان نعمل الامر تعليلاً آخر - والمستقبل كشاف الحفايا .

التهاب الزائدة الحاد

للحكيم الاستاذ لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

رأيت بعد عودتي من العطلة مريضاً كان قد اصاب باعراض نوبة الزائدة جميعها فاشرت عليه بقطع زائدته دفعاً لنوبة حادة قد تطرأ عليه في المستقبل دون ان يعرف ما يكون مصيرها . غير ان الرجل الذي كان ألمه قد زال رفض العملية وانني اتمنى له اذا عاد يوماً ألا تكون الفرصة قد فاتت لتخليصه من مخالب الموت .

يخيل ان التهاب الزائدة مرض نادر الوقوع في البلاد السورية ، لان الرس (race) عامل مهم في اسباب هذا الداء والرس السوري معفى منه كما يظهر . غير ان التهاب الزائدة ان لم يكن في سورية كثير الوقوع كما في فرنسا الضباء مرض لا يندر وقوعه فيها كما نظن لان كثيراً من التهابات الزائدة تستر بستار التهاب الاعور او الكولون او الامعاء وتعالج معالجة دوائية ولا سيما في الاطفال الذين يكون التهاب زوائدهم دائماً خطراً ويظهر بمظاهر متنوعة فان كثيراً من الضحايا المنسوبة الى التهاب الخلب او تعفن الدم او احد التسممات وغير ذلك ليس سببها سوى التهاب زائدة مجهول .

ولا يشخص المرض ان لم يفكر فيه والافتكار فيه يستدعي بقاءه في الذاكرة ولا يشخص المرض ان لم تعرف اشكاله ولعل التهاب الزائدة يعود يوماً من الامراض الشائعة في سورية متبعاً الزي الحاضر فعلياً اذن ان نعرف انواعه ونذكر المرحلة التي وصلت اليها معالجته .

يقول ديولافوا الذي اتجهت ابحاثه الى ايضاح التهاب الزائدة
 « ليس لالتهاب الزائدة معالجة دوائية بل معالجته الوحيدة الناجمة هي
 اليوم المعالجة الجراحية ».

يجب ان تعالج الزوائد الملتهبة التهاباً خفيفاً منذ بدئها لاتنا نجعل الطريق
 الذي ستتبعه في سيرها .

يجب ان تعالج معالجة جراحية التهابات الزائدة الحادة لان العملية الجراحية
 خير واسطة لشفائها

يجب ان تعالج التهابات الزائدة التي شفيت فوراً لان التهاب الزائدة مرض
 ناكس ولان النوب المقبلة قد تكون خطيرة .

ولست ارى لزوماً للاسهاب في ذكر العلامات الوصفية التي يتصف بها
 الشكل البسيط في الغالب: كالآلم الفوري في الحفرة الحرقفية والحمى والقيء
 والاسهال والقبض والالم المحدث بالجلس في نقطة مالمثبورنه فهذا كله يعدنودجاً
 لما كان يسمى قولنج الزائدة .

وقد تزداد هذه الاعراض شدة ٢٦ - ٤٨ ساعة ثم تبقى ثابتة بلا زيادة
 او نقصان وتنتهي اخيراً فجأة او تتناقص تناقصاً تدريجياً .

وربما عادت الامور الى مجراها الطبيعي او بدا اخيراً بجمع قيحي استدعى
 الشق .

وعدا هذا الشكل السليم نرى انواعاً اخرى من التهابات الزائدة الحادة
 تظهر منذ بدئها او بعد ظهورها بقليل بمظهر خطر راعب وهذه الاشكال لا بد
 من معرفتها لمكافحتها .

فهي تصادف في الاولاد بالخاصة حتى ان عمليات الزائدة تعادل في شعب جراحة الاطفال في باريس ربع العمليات كافة وهي بعبع جراحي الاطفال لان سيرها حاد جداً وتشخيصها مستصعب وضحاياها اكثر من ان تعد .
وليس مشهد التهاب الزائدة في الاطفال مماثلاً لمشهده في الكهل لان العوارض فيهم تسير سيراً خطراً وسريعاً وينسب هذا الخطر الى بيئة الولد التي تهب الالتهاب شكلاً سريراً مختلفاً ما زالت اسباب عفونه في كلتا الحالتين واحدة فليس للولد المتانة التي للكهل ولهذا يكون التهاب الزائدة فيه مسماً وهذا الشكل نادر في الكهل .

يؤى بالطفل الى الطبيب وهو شاحب ووجهه مزرق ازرقاقاً خفيفاً وانفه مشدود وعينه غائرتان لامعتان ويداه مزرقتان ويفيد اهله ان مرضه ابتدأ بالقيء . وكثيراً ما تكون حرارته مرتفعة غير ان نبضه يكون مسرعاً صغيراً وتنفسه مشوش النظم . ويكون بطنه ليناً لا تقلص فيه ولا ألم . وجس حفرته الحرقفية اليمنى لا ينبهه من ذهوله فيجب اذا اردنا ان نعلم ما اذا كان الطفل يتألم ان نراقب عينيه (حدقتيه واجفانه) وقدميه (انقباض رجلبيه) وكثيراً ما تكون الابالة (anurie) تامة والاقياء وهي العرض الاساسي تبقى ملازمة وتتبادل دون ان تأخذ صفة خلبية . واذا ما نظر اليه كان مشهده السريري مماثلاً لمشهد التسمم اكثر من مماثلته لمشهد خلبي لان البطن لا يكاد يكون مؤلماً .

فاذا ما اعتمد الجراح على المضض الذي تحققه في الطفل حين جس نقطة ماله بورنه وفتح البطن رأى بعد شقه سائلاً عكراً كأنه المرق الوسخنتن الرائحة قد تدفق من الجرح .

وليس في هذا السائل اثر للصديد غير ان الزائدة نفسها قد تكون عائمة على سطح ذلك السائل وقد احمر لونها الى الخضرة وتغفرت . والموت لا مهرب منه بعد ٤٨ ساعة مهما كانت الاجراءات .

هذا مشهد من مشاهد التهابات الزائدة الحادة في الطفل .
وكثيراً ما يؤتى بالطفل وهو مصاب باعراض التهاب الخلب المنتشر فتتحقق ان عضليته المستقيمتين متقلصتان وان بطنه خشبي وهذا العرض ثابت في جميع الحالات .

وهذه الاشكال خطيرة للغاية وهي خاصة بالطفل لانه اقل متانة ولان زائدته اسهل اثقاباً من زائدة الكهل .

واننا ولو رأينا البنية قد ظهرت بمظهر الدفاع في البدء لا نلبث ان نتحقق انها قد اسلمت سلاحها وان الافة التي ظنناها سليمة قد اخذت شكلاً خطراً للغاية فسرعان ما يتبدل المشهد السريري ويسرع النبض ويعود التوسط الجراحي السريع ضرورياً املاً بتخليص المريض الصغير .

هذا ما يصادفه الطبيب عادة بعد ان يرى التهاب زائدة في طفل فيعتمد على معالجته معالجة دوائية بالحمية المطلقة والثلج على البطن ثم يرى بعد هذه المعالجة ان الاقياء زالت والتطبل خف والحرارة سقطت والألم اضمحل فيفرح الاهل والطبيب غير انه لا يأتي اليوم الرابع او الخامس حتى يتبدل المشهد فيسرع النبض ويصغر ويصل حتى ١٤٠ فيسرع الجراح الى التوسط الجراحي واذا به ازاء التهاب الخلب المنتشر المتقيح . وكما ان الولد يتأثر من السموم فهو يتأثر ايضاً من المعالجة التي سترت الاعراض ولم تمنع التهاب الخلب عن الانتشار

ومنهم من لا يكتفي بالتلج بل يضيف الى المعالجة مستحضرات الافيون تسكيناً للألم وهناك الطامة الكبرى . لان الافيون ستار تخفي وراءه الاعراض الخطرة التي تسير سيرها وتدعو الى التوسط الجراحي السريع بعد بضعة ايام حينما تكون الفرصة قد فاتت فاذا كان لا بد من استعمال الثلج فليستعمل بعد قطع الزائدة لا قبلها .

وربما قال البعض : أيعرف منذ البدء ما اذا كانت الزائدة الملتهبة تسير سيراً حسناً او خطراً لتقرر معالجتها :

يستند امبردان الى العلامة الشاذة ويقول كلما ظهرت علامة شاذة لا توافق العلامات الاخرى كان التهاب الزائدة خطراً وكان التوسط الجراحي واجباً . وهذه العلامة الشاذة اما ان تكون :

الألم الشديد في البدء

او انتشاره السريع الى البطن كافة

او تقلص المستقيمتين (البطن الحشوي)

او مباينة النبض للحرارة (النبض ١٣٠ - ١٤٠)

او ان الحرارة تكون ٣٩ في اليوم الثاني لبدء الالتهاب

او ان سحنة المريض تكون دالة على الخطر .

يلتبس الامر في الساعات الاولى بذات الرئة (الناحس) او بالسسل الدخني

(الام بطن منتشرة) او بحصى تيفية قد اعادت الاعور شديد المضض منذ بدئها

(فحص الدم) او بتشوش معوي بسيط .

ومهما يكن فحذار من اعطاء المساهل لانه اذا امتنع عن هذا الامر الكبير

الضرر كان قطع الزائدة في الساعات ٢٤ او ٢٦ الاولى كبير الفائدة . والتوسط الجراحي واجب متى بدت علامة شاذة في اليوم الثاني او الثالث او الرابع لان مبدأ الانتظار المسلح مبدأ شديد الضرر لا تجنى منه في الغالب غير الاخطار الجسيمة . ومتى شك في الامر كان التوسط واجباً لان الامل بنجاة الطفل يقطع متى بدا التهاب الحلب المنتشر في اليوم الرابع .

في المكمل يختلف ايضاً التهاب الزائدة من الألم السريع الزوال حتى العفونة المسممة التي تقضي على حياة المريض بعد ٣٦ ساعة غير ان الاشكال المسممة في الكمل نادرة وسير الالتهاب هو في الغالب ابطأ .

ويلتبس التهاب الزائدة متى كانت اعراضه مشوشة بالتهاب الملحقات مع التهاب الحلب الحوضي وبنوب التهاب المرارة مع انتقاب او بدون انتقاب وبانتقاب قرحة المعدة او الاثني عشري وبانغلاف معوي اعوري وبانفتال الاعور والخطأ في هذه الحالات مفيد للمريض لانها جميعها تستدعي التوسط الجراحي .

ويتساءل البعض حتى الان عن الزمن الذي يجب اجراء العملية الجراحية فيه جواباً اقول انني حينما كنت في بيئة تكثر فيها التهابات الزائدة كنت اجري العملية دائماً وسريعاً بدون اقل تردد الا في بعض حالات شاذة سأعود اليها في كل مرة كنت استنكف بها عن التوسط الجراحي كنت اندم لفوات الفرصة .

وهذه الخطة التي امير عليها هي خطة كبار الاساتذة في باريس فان بطرس دوفال يسن في سريريته القواعد الآتية :

- ١ - يجب ان تعالج معالجة جراحية كل نوبة زائدة في الساعة لا بل في الدقيقة التي تعين فيها . ولا يشذ عن هذه القاعدة غير القليل .
 - ٢ - يجب قطع الزائدة دائماً .
 - ٣ - يحفض احياناً .
 - ٤ - يكمل التدوي بالاستمصال (sérothérapie)
- اما في الممارسة فالتهابات الزائدة التي نراها على ثلاثة انواع :
- ١ - اما ان يوءى بالمرض في اليوم الاول او اليومين الاولين لبدء نوبته
 - ٢ - او ان يوءى به في اليوم الثالث او الرابع .
 - ٣ - او ان يوءى به في اليوم العاشر او الثاني عشر مصاباً باعراض شديدة الخطر .

ففي الحالة الاولى اجراء العملية واجب ولا جدال فيه والرأي الطبي مجمع عليه ومعدل الوفيات بعد هذه العمليات بين نصف وواحد في المائة ولا يختلف عما هو عليه بعد العمليات التي تجرى على زائدة برد التهابها .

وفي الحالة الثانية لم يجمع الرأي الجراحي على اجراء العملية فبعض الجراحين يفضل الانتظار مدعين انه اقل خطراً من التوسط والبعض الاخر يفضل التوسط وانا منهم وجراحو مستشفى فوجيرار هم من هذا الرأي لان العملية في هذا الزمن لا تزال سهلة وما ذلك الا لان عوامل التكبس والالتصاق لا تكون قد تكونت بعدولان تحوير الزائدة مستطاع دون تخريب كبير وهذا ما يدعو الى الامل بتخليص المريض ودرء العراقيل عنه .

وقطع الزائدة امر واجب لان المسبب يزول بزوالها ولا سيما في الاطفال

فاذا لم تقطع الزائدة في سياق العملية الجراحية في اليوم الثاني او الثالث لطروء التهاب الخلب الزائدي المنشأ كان موت الولد محققاً .

وفي الحالة الثالثة يكون المرضى في يومهم العاشر أو الثاني عشر وقد اصبح التهاب الخلب فيهم جلياً . يجب ايضا التوسط الجراحي لانه الواسطة الوحيدة للنجاة اذا كان ثمت امل بها .

وتشذ عن القاعدة السابقة حالة واحدة وهي تقع غالباً في اليوم الخامس يجس البطن في هذا الزمن فيشعر بقرص صلب في الحفرة الحرقفية، تجس ناحية القطن ويجري المس الشرجي والتحريرات الاخرى فيستدل منها على تعجن في الناحية وعلى التهاب خلبي لاصق لانه لو كان التفاعل تفاعلاً دفاعياً فقط لكان البطن يتقلص دون حدوث التعجن ولما كانت الحمى تتموج هذه التموجات الكبيرة . فالانتظار في هذه الحالة الى اليوم العشرين او الخامس والعشرين افضل والعملية الجراحية كبيرة الضرر تفضي غالباً الى الموت لان الامعاء تكون ملتصقا بعضها ببعض وكلما حاول الجراح فكها نزفت ولان الاعور سيكون صلباً كالمقوى فاذا حاول الجراح تحرير الزائدة منه ينثقب ويفضي الامر الى الموت .

ان وضع الثلج في هذه الحالة والانتظار خير ما يصنع ولكن اذا شعر بالمس الشرجي ان ذلك المجمع قد تلين وانه متجه الى التقيح واذا كان جدار البطن شبيها بالمقوى المبلل كان التوسط الجراحي واجبا لان الخراجة تكون قد تكونت ولان افراغ الصديد ضروري . فاذا كان التوصل الى الزائدة مستطاعا في سياق العملية قطعت لانها السبب واذا لم يكن

مستطاعاً لان الامعاء المتلاصقة تدفنها تركت شأنها مؤقتاً على امل العودة الى قطعها بعد حين .

ولكن هل التحفيض واجب ؟ ليس التحفيض ضرورياً متى اجريت العملية في الساعات الاولى بعد نوبة عادية .

ولا يحفز ايضاً من يتبعون خطة أمبردان متى كانت الزائدة مثقبة والتهاب الخلب واضحاً وفي البطن سائل كالمرق الوسخ وعلى الخلب والثروب آفات منتشرة وذلك في اليوم الثاني او الثالث او الرابع الا متى كانت خراجة صلبة الجدر لا تدفع العرى نحوها لتملأها .

غير ان الاغلاق يستدعي : ١ - ان تكون الزائدة قد قطعت ٢ - الخلب قد نظف ٣ - الخراجات في الحفرة الحرقفية اليسنى ودوغلاس قد فتش عنها فاذا توفرت هذه الشروط جاز اغلاق البطن وقد توصل امبردان به وبدون التحفيض ان ينقص الوفيات من ٢٥ - ٧ بالمائة وانني متبع هذه الخطة منذ زمن طويل غير ان البعض يعترض قائلاً ان خلب الطفل لا يشابه الكهل ويفضل التحفيض . وفي مستشفى فوجيرار متى حفص الجراح يضع ثلاثة احافيز (بعد قطع الزائدة) واحد في دوغلاس والثاني في بوءرة التهاب والثالث على الكولون خلف الاعور .

و يستشق في هذه الاحافيز صباحاً ومساءً .

ومن النقد الذي وجه الى اغلاق البطن قولهم ان الخراجات التالية تتكون في جدار البطن غير ان تحاشيها ممكن ومعالجتها مستطاعة متى تكونت . والمصل المضاد للجراثيم اللاهوائية جزيل الفائدة في هذا الصدد .

اما مرضى الفئة الثالثة فلا تبدل حالتهم حففت جروحهم ام لم تحفض
ويشار الان بوضع ميكوليز صغير .

ويستفاد في الاشكال المتغمرة من استعمال المصل المضاد للغنغرينا فاما ان
يستعمل مصل فانسن المضاف للغنغرينا المتعدد التوني ارا ان يستعمل مزيج من
المصول الاربعة المحضرة في مستوصف باستور حسب النسبة التالية :

٢٠ سم ^٣	مصل مضاد للضميات، العفنة
١٠ سم ^٣	مصل مضاد للبرفيرنجس
١٠ سم ^٣	مصل مضاد للعصيات الوبية
١٠ سم ^٣	مصل مضاد للمكورات، القلبية

تصنع الحقنة والمريض تخدر على منضبة العناية ويستعمل المصل ايضا
في التضميد الموضعي واذا كانت احافض بسكب منه كل يوم فيها وتزرع
الاحافض في اليوم الثالث ويثابر على استعمال المصل موضعيا .

ومتى كانت شفتا الجرح حسنتي المنظر جازت الخياطة الثانوية بعد نزع
البراغم استناداً الى الاختبارات التي اجريت في اثناء الحرب العامة ورممت
السطوح العضلية والصفافية واذا ما استعملت هذه الطريقة شفي المرضى الذين
لم تغلق بطونهم بعد ٢٥ يوما .

يستنتج مما تقدم ان التهاب الزائدة مرض خطر ولا سيما في الاطفال وان
التوسط الجراحي واجب في جميع الحالات وان الواجب يقضي على الطبيب اذا
ما رأى ان حالة مريضه تستطاع معالجتها بالطرق الدوائية ان يسرع الى استدعاء
الجراح متى بدت العلامة الاولى الدالة على انطرو هذه العلامة هي منذ اليوم الخامس
الى الثامن الدرع (plastron) نغني به منطقة التمعن التي تبدو في الناحية

معالجة سرطان المستقيم

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية .

ترجها الحكيم مرشد خاطر

اول امر يوجه اليه الاهتمام في هذا الداء هو التشخيص . وانه ليوسفني ان اصرح بان المرضى الذين يأتون الينا مستشفين يصلون في الدور الاخير من دائهم في زمن لا يعود التوسط الجراحي به مستطاعاً بل يكون قد حكم عليهم بالموت المحقق

ولست اعلم الى من يجب توجيه اللوم ألي المريض الذي كشفت له الحقيقة فلم يرغب في التوسط الجراحي لان الاعراض التي يشكوها لم تكن لتزعجه شديداً أم الى الطبيب الذي عاجله ولم ينتبه لمرضه فلهاه بوسائط لا طائل تحتها ومرضه ينبع سيره دون ان يقف

ما من يجهل ان للسرطان ثلاثة ادوار : البدء والصولة والنهاية وان النجاح في التوسط الجراحي ينتظر متى كان السرطان في دوره الاول وان الجراحة تخيب متى بلغ المريض دوره الثالث .

فعلى الطبيب اذن متى جاءه مريض مهما كانت سنه يشكو نزفاً من المستقيم او تشوشات في التغوط الا يكتفي بمداواة الاعراض واصفاً علاجاً مضاداً للبواسير بل عليه ايضاً ان يجري المس الشرجي لان المس امرٌ سيضطر الطبيب الى اجرائه متى رأى ان الاعراض تشتد وان العلاجات التي وصفها لم تثمر . فما يمنعه عن ان يبدأ به قبل اشتداد تلك الاعراض . ومتى لم يبد المس

الشرجي شيئاً وكان المريض ينزف ويفرز سيلاناً تثنأً ويشكو اعراض التهاب معوي لا يستطيع تعليلها وحاجة شديدة الى التغوط بدون طائل وكان يهزل هزالاً تدرجياً وجب على الطبيب ان يفتش في العالي عن السبب باجراء المس المشترك وتنظر المستقيم (rectoscopie) وقطع قطعة من الورم يبعث بها الى التشريح المرضي اذا وجب الامر واذا لم تجد هذه الوسائط كان عليه ان يجري حقنة شرجية بارتية ويعاين معاينة اشعاعية .

فالحذر من ان تحمل الناميات او قروح سرطان الشرج محل البواسير الخارجية وتشخيصها سهل للغاية .

والبواسير الباطنة لا تزحج التغوط الا قليلا وتحدث ثقلا وبعض الألم حين مرور المواد الغائطة واذا احدثت نزفا غزيراً نجمت منه فاقة الدم فهي فاقة دم بسيطة وليست دنفا يصفر به لون المريض كالتبن كما يحدث في السرطان المترقى .

فحتى كان السرطان وطياً وجس المستقيم كانت العلامة الاولى البارزة فقنان المرونة من جذر المستقيم والشعور بجسم مبرعم او بصفيحة صلبة ومتى قدم العهد على السرطان صعب البلوغ الى لمعة المستقيم الذي قد سدته البراعم السرطانية .

واما التهاب المستقيم المضيق (rectite sténosante) فتختلف علاماته الطبيعية فالاصبع تدخل كما في قمع قاعدته الى الاسفل وكلما علت ازداد الضيق دون ان يكون بروز او عجز ثفتت وتنزف كما في السرطان .

ومتى شخص السرطان كانت المعالجة الوحيدة المعالجة الجراحية : وهي

تقوم بالاستئصال الواسع والحذر من التوسيع او التجريف لانه الواسطة الاكيدة
لابلاغ الخلايا السرطانية الى الدوران ولنشر الداء وايصاله الى الكبد .

واذا سأل المريض عما اذا كان مرضه خطراً كان على الطبيب ان يجيب
انه خطر وان يشير عليه بفتح شرح مضاد للطبيعة ولو كان في ذلك ما يخيفه
او يبعده عنه لان واجب الطبيب يقوم بان يبين لمريضه بجلاء الخطر المحدق
به والعراقيل الشديدة التي تطراً عليه اذا لم يدعن لما يقوله له : كالنزف
والالام المبرحة متى ترقى السرطان او انسداد الامعاء او التهاب الخلب الحاد
متى انبثق الورم في جوف الخلب والموت الذي لا مفر منه خلال ١٨ شهراً
بدنف متزايد . واستئصال سرطان المستقيم عملية خطيرة تستدعي معرفة دقيقة
للفن الجراحي وخبرة واسعة . وصعوبة هذه العملية تدعونا الى انتخاب الطريقة
الجراحية التي تضمن الشفاء المستمراي عدم النكس .

لا يجوز الاستئصال الا متى كان السرطان لم يبلغ من الانتشار مبلغاً
يمنع الجراح عن استئصاله برمته اي متى لم ينتشر الى المثانة والوجه الامامي للعجز .
ومتى كان استئصال السرطان ممكناً تختار الطريقة ، حسب مقر السرطان
فاما ان يلجأ الى الطريق العجاني او العجزي او البطني العجاني وهي طرق
تصفها مؤلفات الفن الجراحي ولا حاجة الى ذكرها .

اما الطريق العجاني فهو من عهد الجراحة الوسخة اذ كان يستأصل المستقيم
تحت الخلب دون ان يفتح جيبه وكان يفاغر طرفه العلوي في الوراء . غير ان
هذه الطريقة قد اصبحت الآن بعد ان زال الخوف من فتح الخلب بخفض
المستقيم الى العجان .

والطريق العجزي الذي كانت الغاية من وضعه قطع مجل المستقيم واحداث شرح عجزي قد اهمل كل الاهمال في فرنسا لان هذا الشرح من اقبح الامور واما الطريق البطني العجاني الذي أحدثت لتحريك المستقيم والسين الحرقفي وقطعهما او خفضهما فخير الطرق للتفتيش عن العقد البلهمية المصابة لان استئصالها من الامور الاساسية في معالجة السرطان .

أين تنصب هذه المجاري واين هو مقر هذه العقد ؟ متى كان السرطان في الشرج ، وهو نادر ، انتبجت عقد الاربية فوجب استئصالها بعد قطع الورم ومتى كان السرطان في المجل وهو كثير الحدوث انتبجت العقد الخيلية ومتى كان السرطان عاليا انتبجت العقد الواقعة عند تشعب الباسوري العلوي والمساريقي السفلي . وموقع هذه العقد الباسورية عند الشامة (promontoire) وقد عرف اليوم ان جميع سرطانات المستقيم مها كان مقرها قد تنتشر الى هذه العقد بالمجاري البلعمية وراء المستقيم . وبما ان هذا الانتشار ممكن الحدوث يجب ان يكون الطريق المتبع في استئصال سرطان المستقيم الطريق البطني العجاني المشترك وهو الطريق الذي يفصله الشبان من الجراحين مها كان موقع السرطان للكشف على هذه العقد واستئصالها اذا كانت منتبجة .

غير ان النتائج العملية تفوق النظريات وقد اثبت الاختبار ان نتائج الطريق العجاني حسنة ولا سيما متى كان واسعا .

فالسرطانات الوطية الشرجية المستقيمة الواقعة فوق المصرة (sphincter)

خليقة اذن بالطريق العجاني والسرطانات المستقيمة السنية جذيرة بالطريق البطني العجاني

اما السرطانات الوسطى اي سرطانات المجل فمختلف فيها . ويترك حق انتخاب الطريقة فيها للجراح هذا اذا لم نعبأ بالنتائج المقصودة ومعدل الوفيات في الطرق المختلفة .

فاذا كانت النتائج البعيدة للطريق البطني العجاني حسنة (١٨ نكسا بالمائة) فمعدل الوفيات الجراحية ٣٥ - ٤٠ بالمائة مهما كان الجراح ماهراً .

اما الطريق العجاني الذي تقل الوفيات الجراحية فيه كثيراً حتى انها لا تعادل ٨ - ١٠ بالمائة فالتكس شديد فيه يبلغ ٦٨ بالمائة لان الصعوبة كل الصعوبة في استئصال العقد المنتجة المصابة عند تشعب الباسوري

فالطريق العجاني جائز في السرطانات المحدودة المتحركة دون ذات محيط المستقيم النهائية ودون انتباغ العقد المتسع . ولا سيما متى كان المريض سمينا او منفضجا وحالته العامة سيئة .

ويلجأ في ما عدا ذلك الى الطريق البطني العجاني الذي يمكن الجراح من اخراج الشحم من الحفرة الوركية المستقيمة لانه يكون مرشحاً بالخلابا السرطانية وسببا في التكس اذا لم يستخرج جيداً ومن استئصال مجاري المستقيم البلغمية المتصلة بمجاري الموثة في الرجل والمهبل في المرأة فيجب اذن استئصال القطعة الخلفية من الموثة والوجه الخلفي للمهبل .

ولكن ايفضل البتر على القطع (resection) او هذا على ذاك ؟ القطع اشد خطراً من البتر لان القطع معناه ابقاء المصرة وفي هذا ما فيه من عرقلة العملية الجراحية وازعاج الجراح في استئصال المجاري والعقد البلغمية . وعدا ذلك فان الغرز تنفكك والمجاري البلغمية العجزية المستقيمة تمنع فتكون

فلغمونات مسببة من الجراثيم اللاهوائية وتقضي على المريض .
ويستحسن معها كان الامر الاستئصال (serotherapie) قبل العملية
الجراحية وبعدها فيحقق بر

من المصل المضاد للضحايا العفنة ١٠ سم^٣

من المصل المضاد للبرافريجنس ٢٠ سم^٤

من المصل المضاد للعصيات الودمية ٢٠ سم^٥

وعدا ذلك فان قيام تلك المصرة بوظيفتها امرٌ مشكوك فيه بعد ان تكون
اعصابها قد قطعت .

بقي علينا خفض الطرف العلوي من الامعاء الى العجان متى اجريت
العملية بالطريق البطني العجاني ان في هذا الامر خطراً كبيراً . ولا تهلع قلوب
المرضى من خطر العملية وحده بل يدفعهم الى الامتناع عنها خوفاً من فتوح
شرح لهم في البطن فاذا رفضوا احداث هذا الشرح كان لا بد من خفض طرف
المعى والاستهداف للخطر الذي تكلمنا عنه . لان جر المعى يستدعي شدّ رباطه
وشد الرباط يفضي الى بعض الفاقة الدموية الموضعية في هذا الجزء من الكولون
فينجم في الغالب ان هذه العروة المحفوظة تتغفر وتكون حولها فاغمونات تالية .
وتبنيها بجدار العجان يستدعي ايضا تضيق الثغرة العجانية مع ان هذه الناحية
يجب ان تظل فوهتها متسعة ليسهل تحفيضا والا نشأت عراقيل مخيفة .

نستنتج من هذا الدرس المختصر الذي اتينا به على ذكر عوامل الخطر في
استئصال سرطان المستقيم انه لا بد من ترك كثير من الطرق التي وصفها
المؤلفون والاكتفاء بعمليتين فقط ينتظر منها احسن النتائج وهما :

١ - الاستئصال العجاني مع شرح عجاني دون الابقاء على المصرة سيف السرطانات الوطية

٢ - الاستئصال البطني العجاني مع وصل الكولون بجدار البطن وشرح حرقفي ثابت في السرطانات الاخرى وللطريق البطني الصرف نجاح باهر على رأي هارتمن مستنبط هذا الطريق في السرطانات الوسطى والعليا اذا كانت التجارب قد اثبتت مدعاه وتقوم عملياته ١ - بقطع القسم المستقيمي السيني بطريق البطن فوق الورم وتحت ٢ - بتثبيت الطرف العلوي بجدار البطن (شرح ثابت) ٣ - باغلاق الطرف السفلي الذي لم تصب اويعته البلغمية ، وتفعية الاقسام المعراة بالخلب

واستئصال الاوعية البلغمية بهذا الطريق حسن للغاية لانه قد ثبت ان الانتشار يتجه بهذه الاوعية الى العالي ولا يتجه ابدأ الى الاسفل

ولكن لنعد الى طرف الكولون العلوي . قلنا ان خفضه حتى العجان يعيد العملية خطرة جداً وقلنا ان المريض يأبى الشرح البطني ولهذا جد الجراحون في اتقان هذا الشرح ليقوى المريض على تحمله فالقوابض التي تمنع الاسهال والنظام الغدائي يخففان بعض محاذير هذا الشرح ومتى اتقن صنع الشرح البطني ودرب احتمله المريض بسهولة .

يجرى هذا الشرح بطرق عديدة . ابسطها اخراج الكولون السيني من خلال فوهة قد فتحت في الحفرة الحرقفية اليسرى بتفريق العضلات .

وشق الرباط في نقطة لا اوعية فيها واحداث جسر صفاقي جلدي عوضا عن ادخال رفادة او قضيبي زجاج .

ثم قطع العروة في اليوم السادس ويجوز بزل هذه العروة في اليوم الثاني أو الثالث لخروج الغاز فطرفا الكولون ينقبضان انقباضاً تدريجياً ولا يلبثان ان يفترقا احدهما عن الآخر بالجسر الجلدي الصفاقي .

وهذا ما يعيد الشرج قريباً من الشرج الطبيعي بضبط المواد الغائطة متى اتبع المريض نظاماً غذائياً موافقاً .

ويستخدم الطرف السفلي الذي لا تعود المواد الغائطة تمر به في غسل القطعة المريضة ويزول في الزمن الثاني متى قطع القسم السفلي . ويجوز ان يجهز الطرف العلوي بجهاز يضبط الغائط .

هذه هي الطريقة الوصفية مع المهماز التي يحسن استعمالها في المنفضحين والمدنفين .

اما في الهزلي الذين لا يزالون اقوياء ولا يخشى فيهم من تعفن السطح المتسع المقتلع فيجوز الالتجاء الى عمليات التصنيع واحداث شرج ضابط حسب طرق لامبره او كونايو .

يضع كونايو الامعاء في نفق طويل تحت الجلد فتبقى العروة مضغوطة فيه . واما لامبره فيستخرج الطرف العلوي مع رباطه على مسافة ٦ - ١٠ سم ويثبت قاعدته بالخلب الجداري ويلبسه شريحة جلدية سألخها من جدار البطن فتشابه العروة حيثئذ قضيباً يستطيع ثنيه وضغطه برباط او سد فوهته بقطعة من الشمع .

ولكن ايجب احداث شرج مفرغ قبل الاستئصال ؟

ان الاراء مختلفة غير انه ما من خلاف في الامر متى وقع انسداد الامعاء

وفي كثير من الحالات لا نرى في احداث هذا الشرح غير الحسنات .
 لان الشرح السابق للقطع يجتنب به تعفن الغرز بالمواد الغائظة
 لان الشق يمكن الجراح من الاستقصاء في البطن ومعرفة حالة العقد البلغمية
 على مسير المسار بقي ودرجة اصابتها واستنتاج ما اذا كانت العملية ممكنة ام لا
 لانه يُعرف بالشق طول الكولون الحوضي ويبت في ما اذا كان الطريق
 العجاني مفضلاً ام الطريق البطني العجاني واذا انتخب الطريق العجاني يحدث
 الشرح عالياً ما امكن لثلا يخفض الكولون ويجر جراً شديداً .
 ومتى كان اجراء العملية الجراحية متعذراً اكتفي بالمعالجة الملطفة .
 وذلك ان يحدث شرج حرقفي ثابت ايسر فتحول المواد الغائظة عن الافة
 وتقل النزوف والسيلانات وقد تزول بتاتاً ويخف التعفن في القطعة السفلى
 وتطول حياة المريض ١٠ - ١٢ شهراً وقد اشركت الاشعة المحبولة واشعة
 الراديوم في المعالجة فلم تجن منها نتائج حسنة حتي الان .
 واستعمال الراديوم بطريق المستقيم لا يشار به البتة لانه قد يحدث
 التهاباً في المستقيم شديد الألم دون ان يصل فعله حتي العقد المصابة
 واما الطريقة الاخرى في استعمال الراديوم ، وهي غزايه في نواحي
 العقد وفي المنطقة التي تنصب بها اوعية المستقيم البلغمية وفي الورم نفسه وفي
 جدار المعى دون ان تصل هذه الاير الى لمعة المستقيم ، فخير من الاولى وقد
 يكون لها مستقبل باهر . لان بعض السرطانات المتعذرات استئصاله قد عاد بها
 سهل الاستئصال ، ولا يزال هذا الامر قيد البحث .

النتيجة : سرطان المستقيم سرطان رؤوف ، يجب ان يسرع في تشخيصه

واستئصال شافته والطريق البطني العجاني فيه مع شرح^١ حرقفي ثابت وضابط للمواد هو العملية المنتخبة . ويستطاع اجراؤه في جميع أنواع السرطان وهو اشد خطراً من الطرق الاخرى . والطريق البطني الصرف حسب هرتن عملية لا بد من تذكرها في بعض الحالات .

والعملية العجانية لا تقي المضوعين من النكس كما تقيهم الطريقة البطنية العجانية غير انها حسنة في سرطان المجل الوطي الذي لا يبعد عن فوهة الشرج اكثر من ٧-٨ سم والمتحرك تحركاً سهلاً وهي عملية قليلة الخطر يشار بها متى كان المرضى طاعنين في السن او منفضجين او مضعفين .

- وخفض الكولون والابقاء على المصرة عاملان من عوامل الخطر .
- وتحويل المواد الفائطة قبل الاستئصال له بعض الحسنات .



اللجنة الفرنسية في المعهد الطبي العربي

قامت اللجنة الفرنسية المؤلفة من الدكتور القائد الموسيو روبر (رئيس) والجراح الموسيو سولية والدكتور في جراحة الاسنان الموسيو جينستاي والصيديلي الموسيو دو كينوا (اعضاء) بامتحان تلامذة معهدنا المنتهين من اطباء وصيادلة واطباء اسنان في الخامس والعشرين والسادس والعشرين من شهر حزيران المنصرم . ثم أتمت اللجنة الفاحصة في السابع والعشرين من حزيران المعهد الطبي واعلنت النتيجة بحضور معالي عميد الجامعة السورية الاستاذ رضا سعيد بك ومعالي رئيس معهد الحقوق الاستاذ عبد القادر بك العظيم واساتذة المعهد الطبي وتلامذته وقد جاز الامتحان بنجاح السادة :

الاطباء	حمدي الشيخ غزال	دمشق
	محمد كمال زوده	حماه
	محمد انور شوري	دمشق
	محمد الحياط	دمشق
	شفيق الحياط	دمشق
	جميل الكواكبي	حلب
	سليم دركل	دمشق
	سليم العطار	دمشق
	عبد الرزاق الايوبي	دمشق
الصيادلة :	سليم المغربي	دمشق
	شهير المهاني	دمشق

اليان ظرابلسي	اسكندرية
جمال البحرة	دمشق
حنانيونس	مصر
اطباء الاسنان :	سليم نصري
	دمشق
	عبد الكريم العائدي
	دمشق
	عثمان دعبس
	مصر

وعلى الاثر القى حضرة رئيس اللجنة كلمة موجزة بين بها سروره بالامتحانات التي دلت على مقدرة الطلبة وتضلعمهم واثني ثناءً عاطراً على عميد الجامعة واساتذة المعهد الطبي . ثم نهض كل من السادة الطيب كمال زوده والصيدي جمال البحرة وطبيب الاسنان سليم نصري فتكلم باسم رفقائه مودعاً المعهد الذي تلقى فيه دروسه وداعاً مؤثراً شاكرًا لعبيد الجامعة والاساتذة ما لقيه ورفقاؤه في اثناء سني دراستهم من الاهتمام وشكر اللجنة الفاحصة نزاهتها ولطفها ثم اديرت المرطبات والحلويات وارفض القوم داعين لهذا المعهد بالازدهار ومتابعة الرقي . فالى تلامذتنا بالامس وزملائنا اليوم اخلص التهاني واصفى التمنيات .



افتتاح بناء الجامعة الجديد

سارت الجامعة السورية التي يرئسها معالي الاستاذ الحكيم رضا سعيد بك منذ نالت استقلالها المالي في طريق الاقتصاد وظلت متبعة هذا الطريق السوي يرشدها في سيرها عميدها الكبير وهو الاداري القدير الذي اشتهر بحنكته ودرسته وسداد ارائه فتمّ لها بعد سنوات ست مرت على تأسيسها ان تقتصد مبلغاً كافياً من المال فاقامت هذا البناء الفخم الذي تحتفل اليوم بحفلة افتتاحه يقع هذا البناء غربي المستشفى العام وفي الحديقة المملوكة به وينظر الى بردي الذي ينساب امامه والى جبل قاسيون الذي قام في وجهه ينافسه العظمة والثبات ويتألف من طبقتين فيها احدى وعشرون قاعة معدة لادارتي الجامعة السورية ومعهد الطب والمتحف المراد انشاؤه وخزانة كتب مخصصة باساتذة معهدي الطب والحقوق ومدرج فسيح يستوعب ألف شخص معد لالقاء المحاضرات العلمية والاجتماعية وعقد المؤتمرات المقبلة والاحتفالات المتنوعة .

عينت ادارة الجامعة موعداً لحفلتها يوم الاحد الواقع في السابع من تموز الساعة الخامسة بعد الزوال ووزعت رقاع الدعوة غير انها فوجئت بمصاب جلال اضاعها رشدها وهو نزول القضاء بأحد اساتذة معهد الحقوق فوزي بك الغزي الذي كان لنبا وفاته صدى رددته الاقطار السورية كافة لما للراحل الكبير من المكانة العليا فأجلت حفلتها ثلاثة ايام حداً على فقيدتها العزيز وضربت موعداً لها العاشر من تموز الساعة الخامسة بعد الزوال وفتحت ابواب مخابرها وقاعاتها

مستشفاهما للزائرين الكرام الذين يرغبون في زيارتها وعينت لهم ساعة ونصف ساعة قبل ميعاد الحفلة لتفقد معهدي الجامعة وفروعها .

وما ان ازفت الساعة المعينة حتى كنت ترى المدعوين يقبلون زرافات زرافات لهذه الحفلة الشائقة ويطوفون في حديقة المستشفى وتكية السلطان سليمان القانوني ومعهد الطب والحقوق وعلى وجوههم امارات الاعجاب بما يرون حتى استقر بهم المقام اخيراً في القاعة الفسيحة المعدة لالقاء المحاضرات حيث اجتمع المدعون جميعهم وقد غصت القاعة على رحبها بهم فترأس الحفلة الوزير المفوض الموسيو بربويار والى يمينه فخامة رئيس الوزراء الشيخ تاج الدين يحف بهما سعادة الجنرال قائد جيش الشرق وبعض الوزراء الفخام والمستشارون وكان الى الجانب الأيمن من الدكة اساتذة معهد الحقوق والى جانبها الايسر اساتذة معهد الطب وما ان استقرّ المقام بالمدعوين حتى نهض معالي عميد الجامعة السورية والتقى الخطاب البليغ الذي نشره بحروفه لما فيه من الفوائد التاريخية والعلمية

خطاب معالي عميد الجامعة السورية

سارني :

كان موعد هذه الحفلة يوم لاحت المنصرم غير انها اجلت الى هذا اليوم بعد ان المّ بالجامعة الدورية مصاب جلل وخطب فادح ، بعد أن انهار ركن من اركانها النوية وذوى غصن من اغصانها النضيرة وخفت صوت استاذ من افصح اساتذتها بياناً وحجةً وعلاً . وهل احق من الام بلبس ثوب الحداد على ابنها هل احق من الجامعة السورية بالالم والتفجع لهذا المصاب الاليم والفقيد الكريم بمفخرة من مفاخرها به ترفع الرأس عالياً وبمثاله تنتهي . فاذا ما شرقت بدموعها اياماً ثلاثة حداداً على ذلك الراحل الكريم فانكم تعذرونها واذا ما اجلت

حفلة افتتاح بنائها ونوزيع الشهادات على خريجيها هذه السنة بعد ان اعلنت موعد ذلك الافتتاح فانكم تتجاوزون عن تأجيلها .

وكنا نود لو أتيح لنا تأجيل الحفلة الى ما بعد اليوم الاربعين غير ان بطاقات الدعوة قد وزعت ووزارة الزراعة تلح في استلام البناء لاقامة معرض الصناعات الوطنية فيه وهذا ما اضطرنا الى الامراع .

اسكن الله فقيدنا الاستاذ الكبير فوزي بك الغزي فسيح جنانه والهم آله والجامعة السورية بل البلاد كافة الصبر على فقده .

.....

ان هذا البناء الفخم الذي وقعت عليه انظاركم هو البناء الذي شادته الجامعة السورية بعد العناء والجهد والاقتصاد . هو البناء الذي دعيت لحضور حفلة افتتاحه ، فما كان منكم الا ان لبيتم الدعوة ورفعتم بحضوركم علم العلم عالياً خافقاً ونشطتم اربابه الساهرين على نشره في البلاد العربية كافة ، ولا سيما البلاد السورية . فاذا رفعت صوتي من على هذا المنبر وفي هذه القاعة الفسيحة التي غصت على رحبها بنخبة من رواد العلم وحيثكم تحية ملوها الشكر اكون قد قمت بواجب يترتب علي القيام به . فتكرموا سادتي بقبول هذه العاطفة التي ارفعها اليكم بالاصالة عن نفسي والنيابة عن اساتذة الجامعة السورية وطلابها .

اما بعد فلا يغرب عن معارفكم الغزيرة ما للجامعات في البلاد من الشأن الرفيع فهي المقياس الذي تقاس به درجة رقي البلاد وصعودها في سلم الحضارة فالبلاد التي لم توزق هذه المعاهد العلمية بلاد لا يزال الحمول مخيماً عليها بلاد لم يبلغ ابناؤها من العلم درجة تؤهلهم لمعاطاة المهن الحرة والعلوم العالية والفنون الراقية التي تدرس في تلك الجامعات . واذا شد بعض ابنائها عن هذه القاعدة وبلغوا هذه الدرجة فهم قلائل والشاذ لا يقاس عليه . واما البلاد التي شيدت فيها الجامعات فهي بلاد قد سارت شوطها في مضمار العلم ونال ابنائها قسطهم من الحضارة وعلى قدر رقي الجامعات يكون رقي البلاد التي انشأتها . فحيث ترون هذه الجامعات راقية حيث تشاهدون الاقبال عليها شديداً ، حيث تجدون الحكومة تمعدها بالمخصصات الجسيمة والشعب يؤازرها بهيئته وهداياه تشعرون ان البلاد بلاد تدب فيها روح الحياة وتجري في عروقها دم العلم . وحيث ترون تلك الجامعات خاملة فلا هي ميثه ليقال

ان البلاد خالية منها ولا هي حية سائرة في دور نمو مطرد قولوا ان تلك البلاد خاملة وان
ابنائها لم يبلغوا من الرقي شأواً . ومتى قيل لكم ان في البلاد جامعات عديدة تفوق حاجة
ابنائها فلا تعدوا ذلك دليلاً على اتجاه الشعب اتجاهاً معوجاً في نهضته العلمية وحضارته .
بل ثقوا ان تلك البلاد قد حرك ابناءها جميعهم حب العلم فهبوا هبة واحدة لاقتباسه . ولا
يضير البلاد ان يكون معظم ابنائها من خريجي الجامعات الكبرى وان يتعاطى اولئك الشبان
بعد نيلهم شهادتهم من حقوق او هندسة او طب او صيدلة او سوى ذلك المهنة التي
يميلون اليها . فهل يضير الصراف ان يكون عالماً بالحقوق او هل يضير المالك ان يكون مهندساً
او هل يضير التاجر ان يكون طبيباً او صيدلياً ؟ لا اسري ، لان هذه العلوم جميعها تنقل
العقل وتوسع دائرته وتعيد المرء نبياً بعد ان كان غافلاً ومتقناً للمهنة التي يتعاطاها بعد ان
كان جاهلاً . فضلاً عن ان الجامعات متى ارتقت في بلد كانت نجعة لطلبة البلاد الاخرى
افلم نر ان معاهد دمشق كانت قبلة لطلاب العلم في زمن الحضارة العربية
افلم نر ان معاهد الاندلس كانت نجعة لآباء اوربة في عصر جهلها المطبق ، افلا نرى ان
معاهد اوربة واميركا في عصرنا الحاضر تجذب اليها الشرقيين من اقاصي الارض لاقتناع
صدامهم بما علمها الغزير مع ان بعض البلاد الشرقية من الجامعات ما يقوم بتعليم العلوم التي
تدرس في جامعات الغرب فلماذا انقلب اتجاه هذا التيار من الشرق الى الغرب بعد ان كان
من الغرب الى الشرق ، انه لم يتغير الا لان العالم قد نصب ماؤه في الشرق بعد افول حضارته
وجرى غزيراً سلسبيلاً في الغرب بعد ان يزغت عليه شمس العلم الساطعة بانوارها الزاهية ،
الا لان الجامعات في الغرب قد ارتقت وبلغت شأواً بعيداً لا يدرك ، فوجب على الشرق ان
يبحث بابنائها ليستتبروا بانوارها ويعودوا اليه بقبس منها .

انا اذا القينا نظرة على هذه الكرة ومجئنا في درجة رقي بعض نقاطها وخمول البعض
الاخر رأينا ان الجامعات هي مقياس ذلك الرقي وان الامر لا يحتاج الى برهان . ولست
اراني ابياً السادة في حاجة الى الاسترسال في الموضوع لاثبات هذه القضية التي تسلمون
بصحتها ولا تخالفونني على ما ارى فيها .

واذا كان الامر كذلك فلنلقِ معا نظرة على الجامعة السورية التي شرفتموها بحضوركم
ولنبحث في تاريخها القريب بحثاً مجرداً خالياً من التحيز ارى ما اذا كانت هذه الجامعة قد

سارت سيرها في طريق النجاح وانها قد عادت القهقري ، ولستنتج من حالة الجامعة حالة البلاد العلمية نفسها ، لانني قلت واعيد ان رقي البلاد يقاس برقي الجامعات فيها .

ان جامعتنا ايها السادة انشئت سنة ١٩٢٣ بقرار من فخامة رئيس اتحاد الدول السورية مصدق من المفوض السامي للجمهورية الفرنسية وموخر في ١٥ حزيران ومنحت استقلالها المالي ، وفي هذا ما فيه من الحسنات التي لا تخفى عليكم ايها السادة وخير برهان عليه ان الجامعة تمكنت مع سيرها الدائم الى الرقي من توفير مبلغ كاف لانشاء هذا البناء الفخم الذي يتشرف اليوم بزيارتكم .

وكانت تتألف جامعتنا حينئذ من معهدي الطب والحقوق ومن المجمع العلمي العربي ثم فك عنها المجمع العلمي سنة الف وتسعمائة وست وعشرين فلم يبق لها سوى معهدها . فعلى اذن ان نورد لحة عن تاريخ هذين المعهدين ارى درجة رقيها واننا نبدا بمعهد الحقوق انشئ هذا المعهد في بيروت في البناء المعد للمدرسة الصنائع سنة الف وتسعمائة والثني عشرة ثم نشبت الحرب الكبرى سنة الف وتسعمائة واربع عشرة فنقل الى دمشق في السنة نفسها وخصصت به المدرسة الانكليزية الايرلندية في محلة الاسرائيليين فانتجعه عدد لا يستهان به من الطلبة غير ان التجنيد العام انقص تلامذة المعهد انقاصاً تدريجياً حتى انه لم يبق من تلامذته سوى ثلاثة سنة الف وتسعمائة وخمس عشرة . وبعد ان وضعت الحرب اوزارها فتح لمعهد ابوابه سنة ١٩١٩ فكان عدد تلامذته في سنته الاولى اربعين طالباً ، واخذ هذا العدد يزداد ازدياداً تدريجياً حتى بلغ في هذه السنة ثلاث مائة وستين طالباً . فهذا الاقبال العظيم اكبر دليل على رقي المعهد . كيف لا وبين طلبته العراقي والشرقي الاردني واللبناني والارمني والعروي والسوري . فتهافت الشبان عليه من هذه البلدان النائية المختلفة تهافتا متواصلاً برهان جلي على ان هذا المعهد محط تقفهم وموضع امالهم ولو انهم يجدون في بلدانهم ما يعادله انتظاماً ورقياً لما كانوا يتحشمون السفر ويقاسون ماض الغربة وينفقون النفقات الباهظة ليتلقوا العلم فيه بل كانوا يتلقونه في مسقط رؤوسهم .

ان هذا المعهد فخر لدمشق يحق لها ان تباهي به وتفاخر لانه قبلة البلاد العربية ومتجه ابصارها .

وإذا ضربنا صفحا عن عدد الطلبة قلنا ايضا ان برامج الدروس في المعهد قد نظمت وعدت على نسق برامج المعاهد في فرنسا مع اضافة الفقه الاسلامي اليها . فاصبح التلميذ لا يجد بين ما يدرسه في هذا المعهد العربي وفي المعاهد الاروية اقل اختلاف في الدروس .

وإذا لم نذكر من اعمال اساتذة معهد الحقوق ذكرنا مؤلفاتهم القيمة التي وضعوها في مختلف الفروع الحقوقية . وجاؤا فيها على احدث ما في هذا العلم وقد طبعوا معظمها ليوجدوا لطلابهم مرجعا يرجعون اليه في مطالعاتهم .

ان هذه المؤلفات التي ترونها الى الجانب الايسر من هذه المنضدة ايها السادة وعددها

(٣٠) دليل على جهود اساتذة معهد الحقوق وهي لو حرمت الاسنسة تنطق بفضلهم وغيرتهم على ترقية هذا المعهد وابلاغه للمستوى الذي بلغه الان . ولا يخفى عليكم سادتي وانتم من اهل الادب ما يعاينه المؤلف في وضع اصغر المؤلفات ولا سيما في بلادنا السورية التي لم تتوفر فيها وسائط الطباعة التي يلاقيها الغربيون فهم يدفعون مؤلفاتهم بعد تاليفها الى المكتبي فتعاد اليهم مطبوعة دون ان يحتاجوا الى مراقبة كلمة منها ونحن نضطر الى مراقبة كل كلمة مرات عديدة قبل طبعها وفي هذا ما فيه من العناء الذي لا يعرفه غير من عانى التأليف وذاق مرارته فوضع هذه المؤلفات جهد عظيم قام به اساتذة الحقوق فضحوا في سبيل تحقيقه باوقاتهم واموالهم فاليهم عظيم شكري وامتناني .

لننتقل الى معهد الطب . اشىء هذا المعهد سنة (١٩٠٣) بارادة السلطان عبد الحميد الثاني وعين مقره الاول في بناء زبور باشا في الصالحية واعدت فيه بعض الخاير للكيمياء والطبيعة والتشريح والفرائز . وقد امه في سنته الاولى اربعون تلميذاً من دمشق وضواحيها وبلاد الاناضول . وكانت مدة التدريس فيه ست سنوات ، اربعاً منها في المعهد والسنتين الاخيرتين بين المعهد والمستشفى العام حيث كانت تلقى الدروس السريرية وتطبق الدروس العملية في مخبر الجراثيم المرتبط بالمستشفى .

وظل المعهد يسير سيره هذا حتى سنة ١٩١٣ اذ نقل الى البناء الذي اقيم في حديقة المستشفى العام ثم اشتعلت نار الحرب الكبرى فنقل الى بيروت وبقي فيها حتى الهدنة .

وبعد ان القت الحرب اوزارها فتم فتح المعهد ابوابه في كانون الثاني سنة ١٩١٩ ودعي معهد الطب العربي .

وكانت ابنية المعهد والمستشفى مصدعة مبعثرة وقد ضاع معظمها . فقمنا بنهضة لا تعرف الكلل بترميم المخرب وتجديد الضائع فلم تمر سنة واحدة حتى تاد المعهد الى ما كان عليه في زمن الحكومة التركية . غير ان العلم كان يتبع سيره المطرد ، ولم يكن علينا نحن القائمين باعباء هذا العمل سوى مجاراته في سيره ومماشاته في رقيه فرمت الابنية وجهزت المخابر بمعدات وادوات من احدث طرز وبدأ الاساتذة الواحد بعد الاخر بالذهاب الى فرنسا للاطلاع على مستحدثات الفن ونظمت البرامج على برامج معاهد فرنسا ، وعين بين سنة ١٩٢٤ و ١٩٣٨ ثلاثة اساتذة فرنسيون فجاءوا يعملون مع رصفائهم العرب ، والحق بشعبة طب الاسنان رئيس مخبر فرنسي .

وتمت في سنة ١٩٢٢ مدرسة طب الاسنان وفرعان للقوالب والمرضات الى معهد الطب والصيدلة غير ان ادارة المعهد لاحظت ان طالبات القبالة والتمريض آتت دمشقيات وان البلاد الاخرى البعيدة لا تبعث بيناتها لاقتباس هذين الفرعين وعرفت ان السبب الوحيد الذي كان يمنع ابناء حلب وحماه وحمص وغيرها من المدن عن ارسال بناتهم الى المعهد هو تعذر الحياة عليهن في بلاد هن غريبات عنها فعمد المعهد هذه العقبة وتلافي هذا المحذور وعين للطالبات الغريبات عن دمشق محلا خاصا يأوين اليه فتوافد حينئذ الى المعهد منذ السنة الماضية عدد غير قليل من طالبات المدن المجاورة ولم يعد نفع هذين الفرعين منحصراً في دمشق بل تجاوزها الى البلدان الاخرى وانتم ونحن ايها السادة ادرى الناس بافتقار كل قطر من هذه الاقطار السورية الى قابلات قانونيات وممرضات بارعات .

ثم اكمل مخبر الاشعة سنة ١٩٢٦ وعينت لجنة فرنسية لاجراء الامتحانات الاجالية في نهاية كل سنة على نسق ما يجري في معهد الطب الاميركي في بيروت .

ثم ضاقت ابنية المعهد عن استيعاب المخابر فنقلت شعبة طب الاسنان ومخابر الطبيعة والتاريخ الطبي والكيمياء الى تكية السلطان سليمان القانوني تلك الدائرة العجيبة بهندستها فتفتيات ظل ما ذهني ذلك الجامع التاريخي البديع .

وما ان اتسع المكان للجامعة حتي سدت تقصا كان موجوداً وهو انشاء خزانة كتب لطلاب الجامعة كافة من حقوق وطب . فافردت قاعة فسيحة في ذلك البناء الضخم وجيزت بالخزائن اللازمة وستلقي فيها هذه السنة النواة الصغيرة التي ستتمو وتكبر لتعود بفضل مؤازرتكم وغيرتكم عليها من اكبر خزائن البلاد السورية .

وقد القيت نظرة على ذلك البناء ورأيت الترميمات التي قامت بها الجامعة وشاهدتم الفرق بين حالته القديمة وقد نعق عليه يوم الخراب . وحالته الحاضرة وقد رفرف عليه العلم باجنحته البيضاء .

انشئ اخيراً هذا البناء الذي تقيم حفلة افتتاحه في هذا المدرج الفخم الذي لا يفيد الجامعة فحسب بل يفيد دمشق كافة لانها لا تحوي على رحبها قاعة فسيحة كهذه تلقى فيها المحاضرات وتقام فيها الحفلات العلمية .

وستفرغ قاعات المستشفى العام من الادارات المختلفة وتجهز بامرة المرضى . وستوفر في المستشفى الشروط التي لا بد للمستشفيات منها باقضاء ذوي الاشغال والطلبة الذين لا شغل لهم بدخولهم المستشفى الا مع ادارة الجامعة او المعهد الطبي فيستريح المرضى وتباعد عنهم اسباب العفونات .

وانشأ المعهد منذ سنة ١٩٢٤ بمجلته الطبية العربية فكانت صلة اتصال بين الغرب والشرق تنقل الى البلاد العربية كل مستحدث في البلاد الغربية ويدور فيها اساندة المعهد مشاهداتهم التي ينشر بعضها في مجلات الغرب الطبية . وقد بلغت هذه المجلة مقاما رفيعا في عالم الصحافة والطب بفضل ابحاثها القيحة عن اللغة والطب .

وبدأ الاساندة ينشرون تعاليمهم باللغة العربية ، يدونونها في مؤلفات خاصة لاقت رواجاً في البلاد العربية . واذا نسيت فلن انسى الحفاوة التي لاقتها هذه المؤلفات التي ترونها على الجانب الايمن من هذه المنضدة في مصر الشقيقة حين انعقاد المؤتمر الطبي الدولي فيها هذه السنة ولا ما ذكرته امهات الجرائد المصرية عنها من الاطباء والمدح الا الذي نسجله لآخواننا المصريين باحرف من ذهب وعهد هذه المؤلفات (٢١) عانى فيها واضعوها ما عاناه رصفائهم اساندة معهد الحقوق . وقد اصطدموا في اثناء تأليفهم بعقبة لم تكن الا صغيرة علي رصفائهم الحقوقيين وجسيمة عليهم اعني بها عقبة اللغة العالمية الطبية وهي عقبة

كوءد لا تمهد الا بعد الجهد والعناء، والجلد . لا يخفى على معارفكم ياسادتي ان الطب كان في عهد جدودنا العرب اي منذ زهاء عشرة قرون زاهرا ومرجعا لطلاب العالم . وان تلك النهضة قد خدمت جذورها منذ زهاء ستة قرون . غير ان الطب بقي سائراً سيره السريع فاوجدت الوف المصطلحات الاجنبية وبقيت لغتنا العربية نائمة نومها الطويل وبعد ان افادت رأت هوة سحيقة تفصلها عن العلم الحديث فجهد ابناؤها الذين كتبوا مؤلفاتهم بها في ايجاد هذه المصطلحات الطبية . فكان عليهم ان يذالوا امرين الطب نفسه الذي يكتبون عنه واللغة التي يكتبون بها وقد عاجلت الصحف المصرية هذا الموضوع فكشبت عنه المقالات الطوال واستنتجت في النهاية ان نظرية القائلين بتعذر تعلم الطب بلغة الضاد نظرية فاسدة واكبر دليل على فسادها معهدنا الطبي وهذه المؤلفات العديدة التي ترونها وكثير غيرها لم يطبع حتى الان .

وقد نال معهدنا الطبي ايضاً صيتاً فائح الاربع في بلاد الغرب بما دونه عنه من زاروا المعهد وراقبوا الحركة العلمية فيه عن بعد ولولا خشية التطويل لكنت اذكر ما كتبه اولئك العلماء الاعلام كالسيو آشور الاستاذ في معهد الطب ببساريس وسكرتير الجمع الطبي فيها والاستاذ المسيو هنري كلود في جريدة لاسيري الفرنسية التي تصدر عن بيروت وكالسيو نوفالامار في المطبوعات الطبية التي تصدر عن باريز وكنت ذكرت اقوال بعض زائري المعهد من علماء الشرق والغرب وما دونوه في سجله من الشهادات الناطقة

باعجابهم غير ان هذا كله يستدعي وقتاً طويلاً لا ينفسج له مثل هذا المقام يحق لنا ان نستنتج ان السادة ان جامعتنا قد سار معهدنا الحقوق والطب سيراً متواصلاً نحو الرقي . يحق لنا ان نستنتج ان البلاد التي انشئت فيها هذه الجامعة تتبع هي ايضاً سيرها التدرجي في النهضة العلمية التي هي اس الحضارة الحقيقية ولكن الى من يعود الفضل في هذا النجاح ؟

الى من ينسب هذا الرقي المستمر ؟ الى القائمين بامور هذين المعهدين ؟ الى الاساتذة الذين يتولون التدريس فيهما ؟ اجل لا ينكر هذا ، لان الحركة العلمية لا تنمو الا بفضل جدهم ومنابتهم على العمل ولكن لو لم توفر لهم الوسائل ، لو لم تعد لهم الوسائل الضرورية لانفاذ مشروعاتهم الكبيرة ، لو لم تجز لهم الاموال الكافية التي هي اس كل الاعمال ومدار كل المشاريع لو لم تذلل لهم المصاعب الشديدة التي قامت في وجوههم في البلاد نفسها وفي

خارجها أكان يرجى لعملهم نجاح ولجامتهم رقي لا اعمري فليتنا اذن اذا كانت جامعتنا السورية قد بلغت من الرقي هذه الدرجة الحسنة التي شاهدتموها اذا كانت قد انشأت هذه الابنية الفخمة التي تنظرونها اذا كانت نالت ذلك الصيت العاطر في البلاد المجاورة ، ان نرفع ابصارنا الى مصدر تلك المساعدة وينبوع ذلك العمل ، اعني به الحكومة . فلولها الحكومة لما كان لنا شيء نقاخر به ولما كانت لنا هذه المؤسسة العلمية الكبيرة .

اننا نقر ونعترف ايها السادة اننا لم نلاق من الحكومات الوطنية في جميع الادوار التي جازتها الجامعة السورية غير عطف ومساعدة . فتحن نرفع من على هذا المنبر الى الرؤساء الفخام الذين توالوا على منصة الحكم في بلادنا عاطفة عرفان الجليل سائلين منهم ان يتنازلوا لقبولها . نقر ونعترف ايضا بفضل الحكومة الفرنسية الفخيمة ناشرة لواء العلم في العالم ونذكر المساعدات الجليلة التي قام بها نحو جامعتنا والعقبات الكؤود التي ذلها امامنا المفوضون السامون والمندوبون المحترمون الذين تعاقبوا على بلادنا .

اسمحوا لي الان سادتي ان اقدم لكم الثمرات اليانعة التي جادت بها جامعتنا السورية في هذه السنة . هذه العقول التي انجبتها البلاد الربية وبعثت بها اليها لتثقفها . وهي الان بعد ان امتلأت علما وحكمة تعود الى معترك الحياة لتخدم البلاد التي ظلماتها ساءوها ، تعود اليها لترفع شأنها وتعلي مقامها . واسمحوا لي ايضا ان ادير لحاظي الى هؤلاء الابناء الاحباء

واودعهم وداع الاب لبنية قبل مغادرتهم للمعهدين الذين رضعوا فيها لبان العلم وان اذكركم بان الجامعة اهمهم فحنوا عليهم وتحن اليهم حيث كانوا ومهما بعدوا ، اجل ابنائي الاعزاء ان جامعتكم ستبقى لكم تلك الام الحنون ، ستتعهدكم بكل مساعدة ستكون لكم عضداً ومساعداً على تذليل ما سيعترضكم في حياة عملكم من الشدائد والمعائب فاهرعوا اليها بادلوها تلك العاطفة وكونوا لها رسلا لانكم فخرها وهي فخركم ولانكم موضوع حبا وهي موضوع حبكم وكونوا في حياتكم حريصين على المبادئ القومية التي لقتتموها في هذا الصرح سائر بين حسب الخطة التي يرسمها لكم ضميركم الحي والله اسأل ان يوفقكم في اعمالكم ويسبغ عليكم من نعمه .

وما كاد يتمّ معالي العميد خطابه حتى دوت القاعة الفسيحة بالتصفيق ثم نهض حضرة الحكيم السيد محمد محرم فتلا ترجمة خطاب العميد باللغة الفرنسية وعاد على الاثر عميد الجامعة الى منصة الخطابة فقال ان الامتحانات اسفرت هذه السنة عن نيل تسعة اطباء لشهادة الطب وخمسة لشهادة الصيدلية وثلاثة لطب الاسنان وجراحتها وتسع لشهادة القبالة وخمسة وتسعين لشهادة مجازي في الحقوق ودعا معالي رئيس معهد الحقوق الاستاذ عبد القادر بك العظم الى قراءة هذه الاسماء فتلاها وبما اننا قد ذكرنا في الصفحتين ٤٣٢ و ٤٣٣ من هذا الجزء اسماء الاطباء والصيدالة واطباء الاسنان فلا نرى حاجة الى اعادة ذكرها بل نكتفي بذكر اسماء مجازي الحقوق والقوابل .

اسماء المجازين من معهد الحقوق

السيد جوده صدقي	السيد ابراهيم دوماني
» حسن ابو الجود	» ابراهيم عظم
» حلمي اتاسي	» ابو الهدى عثمان
» خالد مرادي	» احسان وصفي
» خليل شمشيخ	» احمد حقي
» خيري عبد الهادي	» احمد مرآج الدين ترماني
» رشيد غازي	» اديب رفاعي
» رياض دادا	» اديب شاهين
» رياض ميداني	» اديب فوزلي
» زهدي امام	» اسبر يازجي
» سامي شاتيللا	» اسعد ضرغام
» سري سقطي .	» البر خوري

السيد سليمان عيسى	» الياس ضبايعي
» سليم رو كس	» اليان جديداني
» سمير رافعي	» اميل بيان
» سهيل مهاني	» انطون نمر
» صادق محمودي	» انطون ورده
» صلاح الدين قصيري	» انيس جابر
» صنيي كاظم	» بديع بارودي
» عادل بدر	» توفيق خلف
» عاصم رافعي	» جبرائيل صفيير
» عبد الرزاق جندي	» جرجي نجار
» عبدالقادر باقي	» جورج عنحوري
» عبداللطيف اسطواني	» جميل بهادري
» مصطفى حوراني	» عبد الوهاب اورفهلي
» مصطفى شاع	» عثمان علواني
» مصطفى عدس	» عرفان جلاد
» معضاد حسن معضاد	» عفيف صوايا
» معمر سعيد	» علي شعباني
» منيب خطيب	» علي مزهر
» منير عباس	» علي مسبار
» منير قصص	» عمر حمود
» منير مالح	» عوفي عبد الهادي
» منير مالكي	» غالب عظم
» موفق قزها	» فرزات مملوك
» موفق نجلادي	» فضل الله مراد
» ميشال سبع	» فلاديمير انطاكي
» ميشال صوابا	» فواء كيلاني

السيد محي الدين السيوفي	السيد فؤاد مرابط
» محي الدين مكاوي	» فؤاد يوغن
» نجيب حيدر	» فوزي بردويل
» نجيب صائغ	» فوزي مفتي
» نصوح مملوك	» فيليب مفرج
» تقولا نقش	» قسطنطين منسى
» نهاد اتاسي	» كال خطيب
» وديع فرح	» ليون زمر يا
» يعقوب عون	» محمد اقبيق
	» محمود برازي

اسماء الطالبات

الانسة ليندا سلوم	الانسة آديل مصور
» مفيدة عمري	» بدرية كوجك
» زكية حسنى	السيدة حنينه مدور
» وحيدة سموي	الانسة خاتم برهاني
	» زكية باخوس

ثم نهض فخامة رئيس مجلس الوزراء وقال انه لجلد غاية الجدل بحضور هذه الحفلة البهية وانه يقتنم هذه الفرصة السانحة الجميلة ليزف الى الحضور الكرام بشرى ضم فرع للاداب العربية العليا وفرع آخر للالهييات الى هذه الجامعة الفتية وان ضم الفرع الاول قد صدق واساتذته قد عينوا وضم الفرع الثاني سيتم في السنة التي تليها . ثم قال انه وقع اليوم قراراً بمنح معالي عميد الجامعة نوط الاستحقاق السوري من الدرجة الاولى فدوت القاعة بالتصفيق طويلا

لما لاقت هذه البشرية من الارتياح في نفوس الحاضرين وبمنح سعادة قنصل اسبانيا الموسيو درنده النوط نفسه من الدرجة الثانية وقام على الاثر حضرة الامير كاظم الجزائري فترجم الى الفرنسية ما فاه به فخامة الرئيس .

ثم نهض سعادة الوزير المفوض الموسيو برويافالتي خطاباً لحته البلاغة وسداه الحكمة وتلا ترجمته الى العربية رئيس انشاء هذه المجلة وهذا نص الترجمة
ترجمة خطاب الوزير المفوض

وضع الاب مالبرنش مؤلفاً شهيراً موضوعه «طلب الحقيقة» أفلا تنطبق هاتان الكلمتان اللتان هما اجمل عنوان يوضح به مؤلف على الحد الذي يحدد به عمل الجامعة ؟

اننا نفقش عن الحقيقة باذنين جهوداً تقودنا من الجهل الى العلم وما اسم هذه الجهود سوى التعلم ومن الصدف ان نرى ايها السادة ان المقاطع اللاتينية التي استقت منها اللغة الفرنسية كلمة (apprendre) ومعناها التعلم هي نفسها كائنة في كلمة (apprehender) ومعناها التخوف فصدفة الاشتقاق هذه مدعاة الى التفكير فهي التي تذكرنا بان الخوف من الضلال هو اول امثلة من امثولات التعلم واكبرها . وان شعورنا بالبعد الذي يفصلنا عن الحقيقة وخوفنا من الضلال في طريقنا اليها هما على طرفي نقيض مع الشك والارتياح لاننا كلما تعمقنا في البحث والتنقيب تبين لنا ان الحقيقة لا شك فيها وبداننا ان الوسائل التي نتدفع بها للبلوغ اليها واهية ضعيفة . غير ان العقل الذي لا يثق حتى بنفسه يندفع بنشاطٍ وجروءٍ وراءها فينجح نجاحاً أكيداً وان بطيئاً .

ان بصيرة وقادة كذده واتضاعاً كبيراً نستخدمهما في سبيل مهمتنا السامية
 يهبان على ما ارى قسطاً وافراً من العلو والشأن للعمل العلمي .
 وانني اعلم حق العلم ايها السادة ان السير وراء الحقيقة كان ولا يزال
 الشغل الشاغل لهذه الفئة العاملة اعني بها اساتذة هذه الجامعة الفتية وتلامذتها
 التي اشترك فيها الوطنان السوري والفرنسي بعمل واحد يخيم عليه الوثام . انكم
 اذا ثابرتم على خطتكم بتطلب الحقيقة تهبون لكم مستقبلاً زاهراً وانني لسعيد
 ان ارفع لكم تمنيات فرنسة ورغبتها القوية في تحقيقه .

...

ثم خرج المدعوون من القاعة الى حديقة المستشفى حيث كانت قد اعدت
 مائدة حوت مائدة وطاب من الحلويات والمرطبات وانصرف القوم بعدئذ
 داعين لهذه الجامعة بالازدهار والتقدم .

مرشد خاطر

مَجَلَّةُ المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٢١ م . الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٤٧ هـ

تمزق الطحال الرضي

للحكيم لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

جاء الى شعبة الجراحة في السادس والعشرين من ايار سنة ١٩٢٩ نحو الساعة الحادية بعد الظهر بشاب قوي البنية كان يشتغل في حقل مجاور فزلت قدمه وسقط من علو على بطنه فاصطدم مراقه الايسر بجسر .

رأى طبيب الحفر وجه المريض شاحباً ودقات نبضه ٩٥ ومنظره مضطرباً ولم يكن في البطن تقفع عضلي دفاعي ولا مضض موضعي بل كان البطن ليناً ولم يكن في الخاضرتين صمم فعولج المريض كصاب بالصدمة : دفيء وحقق بالايثير والبنين والزيت المكوفّر .

بلغت دقات النبض في الساعة الثالثة بعد الظهر ١١٥ ولم تتحسن حالته فحقن بالمصل الخلقي ووضع الثلج على بطنه .

وفي الساعة الرابعة فاء المريض مرتين قياء لا صفات خاصة له وساءت حالته العامة جداً .

وفي الساعة الخامسة كان النبض ١٢٠ ولم يد شيء واضح في البطن .
وفي الساعة الثامنة دعاني طبيب الحفر الى معاينة المريض فرأيت
مضطرباً جداً والعرق يتصبب من وجهه والاغشية المخاطية شاحبة والاطراف
باردة والنبض صغيراً سريعاً ١٢٥ - ١٣٠ والحرارة ٣٦ ولم يشك المريض
اقل الم حين جس بطنه ولم يشعر باقل دفاع عضلي بل كان البطن ليناً غير انه
متطبل بعض التطبل في الناحية الشرسوفية دون ان يكون ما يدل على رض
عنيف . وكان الوضوح يخف كلما اقترب من الخاصرتين دون ان ينقلب صمماً
حقيقياً في اليمين او اليسار ولم يكن الم في المراقين .

فتنظر المريض فخرج بول كهر في اللون .

الصدر سليم .

وصفوة القول ان المريض كان مصاباً بمرض بطن خفيف وباعراض نزف
داخلي غزير دون ان تبدو اعراض دالة على مصدر النزف .

اجريت العملية الساعة التاسعة والنصف ففتحت اولاً عروة فوق العانة
بالتخدير الموضعي (البين) فلم اكد اثقب الخلب (البريطانيون) حتى تدفق
دم غزير من الثقب فاكتلت الشق حينئذ حتى الدال الخنجري واكمل التخدير
بالتخدير العام .

فتشقت بعد التفتيش بان الماسار بقا سالمة والكبد صحيحة جنست الطحال
فرايته ضخماً متمزقاً فتثبت لي انه مصدر النزف .

أُجريت شقاً معترضاً فوق السرة والى يسارها عموداً على الشق الاول العاني القصي لأرى جيداً الافة . ومسكت سرة الطحال بمنقاش وقطعتها وحررت قطب العضو العلوي الملتصق واستأصلته . وربطت الاوعية وجففت جوف البطن وتحريت الاعضاء الاخرى فلم ادرَ نزفاً فخطت الشق بخيوط شبه (برونز) .

ولم يكن لدي من يعطي دمه لانتقله الى هذا المريض ولم انتبه لجمع الدم المنسكب في جوف البطن للمفاجأة التي فوجئنا بها حين فتح البطن لان همنا الوحيد كان الاسراع الى قطع النزف فحقن المريض بـ ١ لتر من المصل الفليكويزي الفاتر وتحت جلده بـ ١ لتر اخر منه وبقويات القلب ونقل الى فراشه فافاق من التخدير غير انه توفي الساعة الخامسة صباحاً حينما زال فعل المصل .

وكان طول الطحال ٢٠ سم وعرضه ١٢ سم والشقوق عديدة فيه واشدها واطولها شق دائري معترض واقع عند ملتقى ثلث الطحال العلوي بثليه السفليين لم يُبقِ الا على طبقة رقيقة من لب العضو ولا عجب اذا كانت الطحال ضخماً والمريض عائش في بلاد موبوءة بالبرداء ولا غرابة اذا تمزق طحالها وسرعة تمزق الطحال البردائية اشهر من ان تذكر . كل هذا معروف وليس فيه ما يستحق الذكر ولم ننظم هذه الشهادة للتنبؤ به بل غایتنا منها امر اخر .

كان الوقت الذي مر منذ وقوع الرض حتى ظهور الاعراض الخطرة ٣ - ٤ ساعات وكمية الدم المنصب في جوف البطن كانت معادلة لـ ١٥٠٠ - ١٨٠٠ غرام . ولم يشاهد قط في بطن المريض اقل تقفم دفاعي ولا اقل مضض في جداره منتشراً كان او موضعياً على الرغم من شدة الاعراض .

فالى هذا الامر المهم اعني به خلو البطن من التقفع البدئي اوجه انظار
القراء الكرام لان المؤلفين لم يتفقوا حتى الان على هذه النقطة . فان بعضهم
يقر بالتقفع الانعكاسي اثر انصباب دم في جوف البطن ناجم من تمزق الطحال
او الكبد .

وهذه المشاهدة تدعم حجة الاخرين الذين ينكرون هذا التقفّع اثر
الزف وحده .

لان تقفّع جدار البطن تقفّعاً انعكاسياً متى ظهر فوراً يرتبط بحسب رأيهم
بتعفن الحلب فاذا ما بدا هذا التقفّع اثر رض شديد كان لا بد لنا من الظن
بتمزق حشى مجوفة .

هذه هي النتيجة التي نستخلصها من هذه المشاهدة وهي تدعونا الى ضرورة
التوسط الجراحي السريع متى بدت اعراض النزف الداخلي ولو لم يبدأ التقفّع .



حقن الوريد بالمصل الملحي الزائد القوة في انسداد الامعاء

للحكيم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

دخلت شعبة الجراحة امرأة عمرها عشرون سنة حامل منذ ثمانية اشهر
في ٢٩ نيسان سنة ١٩٢٩ الساعة الثانية عشرة مصابة بانسداد الامعاء الحاد .
وكانت قد اعترتها اعراض الانسداد الخفيف منذ ستة ايام اما اعراض الانسداد
التام فلم تظهر الا منذ ثلاثة ايام فقط وكانت اقياء و قبل دخولها بيومين غائطية
الشكل وظلت كذلك . ونبضها ١٢٠ وحرارتها ٣٦ وحالتها العامة سيئة جداً
وبطنها كثير التظبل مؤلماً ولم يكشف الاصغاء الى الرحم دقات قلب الجنين
وكانت عرى الامعاء الدقيقة فوق الرحم متمدة نائثة لا تتقلص متى نقفت .
فرجع ان العائق واقع في المعى الدقيق المشلول .

وكان طبيب الشعبة الداخلي قد اعد المريضة للعملية ريثما اكون قد جئت
فحقن تحت جلدها بمقويات القلب والمصل الخلقى وحقن وريدها حقنة اولى
بعشرين سم^٢ من المصل الملحي الزائد القوة الخماسي النسبة حسب طريقة غوميه .
وجرب ان يفسل المعدة غير انه لم يوفق لذلك لان الاقياء كانت متواصلة .

اجريت العملية الساعة الثالثة والنصف ، خدرت المريضة تخديراً عاماً

بالاثير . شق البطن تحت السرة اولا فخرج مائع عكر دال على ان التهاب الحلب قد بدأ . وكانت عرى الامعاء الدقيقة حمراء متمددة مشلولة مملوءة سائلاً فاندفعت بشدة من جوف البطن . وكان منظر الكولون المعترض طبيعياً . سرت نوا الى الزاوية الدقاقية الاعورية لانني لم اجد قبلها ما يسبب الانسداد فاستحال عليّ تحريك هذه الزاوية واخراجها .

وكانت الرحم الحامل تعوق التحري فاكملت الشق الى الاسفل واستخرجت الجنين بعد شق الرحم (العملية القيصرية) فوجدت جنيناً ميتاً قد افرغ عقيه واغشيته شاحبة قد بدأ الارتشاح فيها ثم خطت الرحم طبقتين . فتمكنت حينئذ من اخراج الزاوية الدقاقية الاعورية ووجدت : ان الاعور متحرك سليم غير ان الزائدة كانت مبتورة وجذموورها الباقى ثخين كقلم الرصاص وطوله سنتمتران . ورأيت حذاء انصباب الدقاق على الوجه الامامي من العروة شريطاً ابيض ممتداً من الزاوية السفلى عرضه سنتمتران وهو دليل التهاب محيط الاحشاء وسبب الانسداد .

والتهاب الحلب تال للانسداد وليس مسبباً من التهاب الزائدة وكان تحرير هذه الاحشاء مستصعباً جداً فاهملته وفأغرت القطعة الاخيرة من الدقاق بالكولون المعترض عند منتصفه مفاغرة جانبية جانبية وهذا ما كانت تقضي به الحالة قبل كل شيء .

وجففت جوف البطن وخطته بخيوط شبه (برونز) طبقة واحدة . ثم غسلت المعدة والمرضة على منضدة العملية قبل ان تستفيق . وحقن تحت جلدها بسم واحد من محلول الخلاصة التخامية (extrait d'hypophyse) ووضعت على

البطن محفظة ثلج وثوبر على حقن الوريد بالمصل الملحي الزائد اقوة مائة سم^٢ في اليوم من المحلول الخماسي وحقن تحت الجلد بالمصل الخلقي وبطريقة مورفي ايضاً .

تغوطت المريضة ٤ - ٦ مرات في المساء وافرغت امعاءها الدقيقة . ولم يطرأ عليها ما يذكر في الايام التالية للعملية .

وكان منظر المريضة في صباح الند حسناً وارتفعت حرارتها قليلاً ونقصت دقات نبضها . ثوبر على الحقن الوريدية بالمصل الملحي الزائد القوة ثلاثة ايام متوالية بقي بعض التپبل في بطنها فحقنت مرة ثانية بخلاصة النخامين فخرجت غازات كثيرة وزال التپبل ونغوطت المريضة فوراً في اليوم الرابع .

وعاد النبض والحرارة الى حالتها الطبيعية في اليوم السابع وقطعت الغرز في اليومين العاشر والثاني عشر .

تركت المريضة المستشفى في ٢١ ايار بعد ان اعترتها نوبتان او ثلاث نوب اسهال فكانت تعالج بالزمووت وتشفى وقد ابنا لها ان استمرار الاسهال يستدعي اعادة مجرى المواد الغائطة الى حالته الطبيعية بعد ان ينظر في حالة الاعور .

وقد استجوبت المريضة استجواباً دقيقاً فلم يستنتج منه انها قد اصببت سابقا بنوبة التهاب الزائدة بل اثبتت انها لم تشك اقل في تلك الناحية .

ان طريقة غوسه ادت الى مرضانا خدمات جليلة منذ اعلنت في المطبوعات الطبية (الجزء الثاني ٧ كانون الثاني سنة ١٩٢٨) والجزء المائة ١٥ كانون الاول سنة ١٩٢٨) وقد استحضرننا حبابات هذا المصل الملحي الزائد القوة وجعلناها بين الادوية المعدة للاسعاف السريع كالكلظرين (ادرنالين) في حقن القلب

حسب طريقة توبه . وقد بدأ معاوينونا بعدان رأوا باعينهم فائدة المصل يستعملونه في جميع المرضى المصابين بانسداد الامعاء حين دخولهم للشعبة .

لست ازيد شيئاً من الحسنات على ما ذكره من استعمالوا هذه الطريقة غير ان انتشال هذه المرأة من الموت جدير بالذكر كيف لا وقد كانت حالتها العامة سيئة وتسمم بنيتها مزدوجاً بانسداد امعائها وبمحملها حتى ان من رآها حين دخولها حكم عليها بالموت فجاءت طريقة غوسه بشعاع من الامل ومالبث ان عاد ذلك الشعاع نوراً متألّقاً فاخرجها من ظلمة القبر .

ان حقن الوريد بالمصل الملحي الزائد القوة والتخدير القطني متى كان جائز الاجراء قد حسنا احصاءاً تحسباً جلياً في انسدادات الامعاء وفي الاشكال الاخرى من التسمات ايضاً .

فعلينا اذن ان نوجه عاطفة الشكر والاعجاب الى اقطاب الطب النابغين الاساتذة غوسه وبينه وباقي دوتاليس الذين استنبطوا هذه الطريقة . وهي تقوم بحقن الوريد بمائة سم^٢ من محلول الملح الخماسي بمجرّة خمس حقن كل حقنة منها ٢٠ سم^٢ ومفصولة احداها عن الاخرى بست ساعات . ويشابر على هذه الحقن في اليومين اللذين يعقبان العملية ليلاً نهراً .

قد اثبت الاختبار ان التسمم الناجم من انسداد الامعاء يتصف بهبوط معدل الكلورور في الدم وان اعادة هذه الكمية من الكلورور الى البنية واجبة للتمكن من المقاومة .



زحار الرضع المتحولي

للحكيم ترايو استاذ السريريّات الباطنة

ترجمها الحكيم شوكت موفق الشطي

يخطئ من يقول ان الاطفال ليسوا معرضين للزحار في طفولتهم الاولى .

ولما كانت اسباب الاسهالات في الاطفال كثيرة كان من السهل على المشرن ان ينسب الامر متى فحص رضيعاً مصاباً باسهال الى احد الاسباب المعروفة الكثيرة : الاسهالات الغذائية الناجمة من غزارة الرضعات وعدم انتظامها او من عدم تحمل لبن الموضع او من نبت الاسنان او من تبدل الجو (الاسهالات الصيفيّة « diarrhées estivales ») . ولكن متى كان الزحار المتحولي سبب هذه الاسهالات كما يصادف في سورية خابت كل معالجة واستمرت الاسهالات وازدادت وارتفعت الحمى واستمر ارتفاعها ورفض الطفل الثدي ونحل جسمه وعاد نجوه مخاطباً فساء الانذار وقلق بال الاهل والطبيب . استشارنا بعض زملاء الوطنيين في مثل هذه الاحوال ففاجئناهم بفكرة الزحار المتحولي وكنا نرى في كل الاقمتة الملوثة سحائب مخاط مصطبغة بالدم منتشرة على غائط صفراوي كما هو نجو الكهول المصابين بزحار . وكانت التقصّيات المخبرية ايجابية فعالجنا مرضانا بالامتين ربع سنتغرام لولد عمره ثلاثة اشهر ونصفه لمن كان عمره ستة اشهر وستغرام لمن بلغ اثني عشر شهراً مدة ستة ايام فتم الشفاء بسرعة وقد تسرب هذا الوهم الى زملائنا السوريين مما كتبه المؤلفان (وائل

وغاردر) فقد قالوا ان اصابة الاطفال بالزحار اقل من اصابة الكهول وكتب (اوليتو واوليفرا) البراز يليان حيث الزحار مرض بلدي كما في سورية ان الزحار نادر في من كانوا دون السنتين وادعى كومي ان الزحار لا يصيب من الاطفال الا من فطم . لان الزحار ينتقل بالاغذية ولا سيما بالماء والخضر الملوثة . فكيف يصيب المرض الرضع اذن ؟ ولم يعد من شك في امكان ذلك بعد ان اثبتته التفاصيل المخبرية والابحاث المجهرية .

اما ايضاح الطريقة التي ينتقل الزحار بها الى الطفل فامر سهل وذلك بالغبار الذي يتلمعه الطفل والذباب ويسدي المرضع او الوالدة الملوثتين كما انضح لنا ذلك من استجواب مرضع الاولاد المصابين او والداتهم وظهور المتحولات او غلفها في برازهن فعلي الطبيب ان يذكر الزحار في البلاد الزحارية متى استعصى اسهال الطفل على المداواة ولا سيما اذا امتنع الطفل عن الرضاعة ونحل جسمه وارتفعت حرارته وتبرز مراراً برازاً صفراً وياً مهلياً (صديدياً) ولو كان الجواب المخبري سلبياً . ولا بأس في تطبيق المداواة الاختبارية على الطفل ومرضه فينجو الطفل وتشفى المرضع .



كيفية شفاء الامراض الانتانية الفوري

موجزة من مقالة بن شارل ريشه (استاذ مرشح في معهد باريز)

ترجمها الحكيم شوكت موفق الشطي

تتجه اكثر الامراض العفنة الى الشفاء ولولا ذلك لهلك العالم قبل ان يعرف الطب . وليس من الامراض ما لا يشفى فوراً الا الطاعون الرئوي والجذام وقد يشفى المصابون بالكرزاز والكلب والتهاب السحايا فوراً . وغايتنا في هذا البحث ان نظهر مقاومة العوامل العضوية الطبيعية وفعلها فهي على نوعين :

١ - عوامل موضعية

٢ - عوامل عامة

العوامل الموضعية : لناخذ مثلاً على ذلك آلية شفاء الدم او خراج الادمة الذي يتم بفعل البلعمة وبانفتاح الخراج اما فعل البلعمة فمعروف نضيف اليه عدة عوامل منها ظهور بالعات الجراثيم (bactériophages) وقوة الاخلاط القاتلة للجراثيم (pouvoir bactéricide) .

وقد كشف بطرس دلبه القناع عن هذه الحادثة وابسان ان مزارع قبيح خراجات الجرب وقبيح بعض الخراجات يميت الجراثيم في الزجاج . لناخذ اليه السلية كمثال آخر عن الآفات الموضعية . لقد عرف النسيجيون ان البنية السلية تحاط بمحجاب ليفي دفاعي يمنع انتشار المرض وان

النسج تسعى أيضاً الى اذابة الجراثيم .

لندقق في الحمرة وهي آفة موضعية ايضاً حيث تتكون في اغلب الاحيان مناعة تقي اقسام الجسد الباقية وطأة المكورات العقدية .

العوامل العامة : يتم الشفاء في الانتانات العامة بتوسط العوامل المذكورة وبسعي العضوية الى طرد الطفيليات من الكلية او المعى او الطرق الصفراوية الخ وليس عمل البلعمة في الانتانات العامة جلياً كما ظهر سابقاً بل يحيط به الابهام والبلبله ولا تدل التفاعلات في الزهري والحى التيفية على توسطه توسطاً حسناً فالبنيات (المكورات البنية) هي اكثر الجراثيم تشبها للكريات البيضاء نرى على الرغم من ذلك ان بعض التهابات المفاصل المتقيحة البنية ابطاً الامراض سيراً نحو الشفاء مع ان تفاعل الكريات البيضاء وتكاثرها فيه عظيم جداً

وللعوامل الخلطية اهمية عظيمة في بعض الانتانات كما في الذباح (دفتيريا) حيث تتكون في الاخلاط اضداد من شأنها قتل الجراثيم والمساعدة على النجاة .

والعامل الثالث في الشفاء هو البلعوات الجرثومية (bactériophages) التي تمت بعض الجراثيم وظهورها في البنية دليل على قرب الشفاء وقد ظهرت فائدة بلعوات الجراثيم في الزحار العصوي والانتان بالعقديات (المكورات العقدية) وفي الحى التيفية وانتان الدم بعصيات الكولون وفي الهيضة والطاعون .

هذه هي عوامل الشفاء الثلاثة ذكرناها بايجاز : بلعمة ، مناعة خلطية ، بلعمة جرثومية .

على اننا نجمل كيفية شفاء كثير من الامراض الاخرى كالزهري والسل والبرداء وذات الرئة وسوى ذلك .

تاريخ السل والوقاية منه

اقامت لجنة مقاومة السل في عاصمة الامويين حفلة خطابية
سينائية في الحادي عشر من شهر تموز المنصرم في بناء الجامعة
الجديد الذي ذكرنا حفلة افتتاحه في الجزء المنصرم وقد
دعت اللجنة رئيس انشاء هذه الحملة الدكتور مرشد خاطر
الى القا محاضرة عن السل فلبى الطلب والتقى المحاضرة الالية

« المحلة »

سارني

رغب اليّ رئيس جمعية السل الناضل ان اكلّمكم في موضوع قد اختاره
لي وهو السل ولم يختار لي هذا الموضوع عبثاً وهو الذي يعمل مع اخوانه النشاط
ليلاً نهاراً على مكافحة هذا الداء الوخيم ودرء خطره عن هذه البلاد المحبوبة
بل اختاره بعد ان رأى ضحاياه تعد بالالوف واصاباته بئات الالوف فرغب في
ان تكون المحاضرة الاولى التي تلتقى من على هذا المنبر وفي هذا المدرج الفسيح
الجديد عن هذا الداء الويل وقد احسن حضرة الرئيس عملاً لان التبشير
بالتواعد الصحية امضى سلاح تكافح به الامراض وهل من تبشير اوسع نطاقاً
من هذا التبشير وقد غص هذا المكان على رحبه عن استيعاب نخبة العلم
والفضل ؟ فهل يرجو المتكلم ان يجد من المستمعين عدداً اوفر وهل يؤمل
في ان يكون لكلامه فائدة اجزل من هذه الفائدة التي اذا ردها كل منكم
امام انسابه انتشرت وعمت دمشق وضواحيها لا بل هل يحلم بان تكون
رسل مباديه ارفع مقاماً واعلى شأناً من هؤلاء الرسل الكرام الذين انجبتهم
دمشق فكانوا شامة في جبينها وفخراً لها ؟ لا لعمرى لقد احسن اذن حضرة

الرئيس اختيار المكان والموضوع ولكنه لم يحسن انتقاء الخطيب ولعل الحسنتين الاولوين تمحوان الخطيئة الاخيرة بعد ان جاءتي دعوة الرئيس لم يسعني سوى النزول عند رغبته وتلبية طلبه ورغبته لا ترد وطلبه لا يصد . ففكرت ملياً في الشق الذي اختاره من هذا الموضوع الرحب الذي لا يحيط المرء باطرافه الا بعد كتابة مجلد ضخيم عنه وقلت في نفسي ما عساني اتكلم والحضور الكرام انواع بينهم رؤساء الاديان والاعيان والمحامون والتجار والصحافيون والاطباء والموضوع طبي صرف اذا عالجته معالجة طبية بحجة كانت منه للزملاء الكرام ولطلبة الطب التجباء وهم قلائل فائدة كبيرة ولم يحسن منه السواد الاعظم من المستمعين وهم اكثر اقل فائدة واذا عكست الالية وعالجته معالجة صحيحة صرفة كانت منه للفئة الثانية الفائدة التي اتوخاها ولم تحسن منه الفئة الطبية اقل فائدة فحرت في امري وعدت اخيراً فقلت ان المساواة اسـ العادل فالواجب يقضي عليّ ان ارضي مستمعي جميعهم فلا اكون طبيباً صرفاً فتنبص عليّ لعنات الفئة الثانية ولا اخرج خروجاً كاملاً عن الطب فيتبرأ مني ابناؤ ابقراط وانا منهم ولي كل الفخر في ان اكون منهم وعليه فقد اعددت للزملاء الافاضل صفحة قديمة عن السل لا يتيسر لهم جمعها وكتابتها الا بعد مطالعة مؤلفات عدة وتصفح اساطير شتى من مخلفات الاقدمين الامر الذي لا يسهل على كل طبيب اتمامه وهو في معتزك هذه الحياة . وتركت للشعب الكريم صفحة ثانية من صفحات هذا الداء الوخيم اعني بها صفحة السراية والوقاية ضارباً صفحاً عن البنود الاخرى العديدة التي لا يسر بمطالعتها غير الاطباء فحسبي ان اكون قد احسنت عملاً وان ارضي كلتا الفئتين وهذا حسبي .

السل هو هذا الداء الفتاك الويل ، هذا الرشاش البعيد المدى السريع الطلقات الذي يمتد الآلاف ، هو ذلك المنجل الذي تحركه قوة غريبة فيحصده الملايين من اغراس هذه البشرية الضعيفة ، هو هذه الصخرة الصلدة التي تكسرت عليها امواج العلم منذ خلق العالم ولا تزال تنكسر عليها حتى يومنا ، هو مصدر يأس الاطباء وقبلة جدهم واجتهادهم ، اذا هبوا من رقاهم فلا يجاد سلاح فتاك يكافحونه به او عادوا الى اسرتهم فالتفكير في دواء فعال بقي البشرية شره ، هو ذلك المسيطر العظيم الذي لا تغلب له قوة وذلك الحاكم المستبد الجائر الذي لا يرد له امر ، قامت في وجهه دول العالم ، وشن عليه علماء الارض جميعهم الغارة تلو الغارة فعادوا خاسئين ، اعلن عليه قديماً الهنود واليونان والعرب الحرب الضروس فلم ينالوا منه بغية وقامت عليه اوربة واميركة في ايامنا قومة واحدة فكان حظهما حظ من تقدمهما ، هذا هو المرض الذي سأكلكم عنه ايها السادة وساسرد لكم في بدء خطابي نشأته منذ عرف الطب حتى يومنا .

لم نجد للسل في التاريخ الطبي ذكراً الا في سنة الف وثمانمائة ق م . عند الهنود الاقدمين الذين كانوا يعدون المسلول كالمجذوم خطراً على من يساكنه ويجاوره وكانوا يتجنبونه تجنب الافعى وقد منع البراهمة في ذلك العهد الزوج بالفتيات المتحدرات من سلاله فيها بعض المسلولين مهما كانت ثراؤهن ونبل محتدهن . غير اننا لم نقف على وصف مسهب للسل ذكرت به اعراضه وبعض عراقيله الا في زمن اليونانيين اي منذ ٥٠٠ سنة ق م . فقد ورد ان اوريفونوس الكنيدي (Euryphon de Gnide) كان يعالج المسلولين بلبن النساء والكي وكان يظن كالمصريين القدماء ان الامراض مسببة من الافراط في الغناء ولعل

اوريفونوس هذا مؤلف كتاب «الحكم الكنيديّة Maximes Cnidienens»
والحمية النافعة في الامراض الباطنة» الذي ورد ذكره في قانون ابقراط ولم يعثر
على نسخة منه حتى الان على ما اعلم .

وكان السل مرضاً شائعاً فتكا في عهد ابقراط اب الطب الذي ولد في
جزيرة كوس (Cos) من جزر بحر ايجه (Egée) سنة ٤٦٠ ق م ومات في
مدينة (لاريسه Larissa) اليونانية وله من العمر تسعون سنة . فكان يقال في
اسبابه انه ينجم من النزلة التي تتحد الى الصدر ومن انبثاق الاوردة ومن
الحراجات الكائنة في الصدر ومن الجناب المتقيح الذي انفتح في الرئة ولم يذكر
ابقرات شيئاً من العدوى ولعل السبب في اهماله لهذا الامر شيوع الاعتقاد بعدواه
غير اننا متى عرفنا ان لطب الهنود اثر في الطب اليوناني وان الهنود كانوا
يتجنبون المسلول كالمجذوم فحننا ان العدوى كانت امراً مسلماً به عند اليونانيين
اما الوراثة فقد جاء ذكرها جلياً فقد ورد ما نصه « المسلول يولد من
المسلول » وان هذا الداء يختار البلغميين البيض وانه كثير الشيوع بين السنوات
الرابعة عشرة والخامسة والثلاثين من العمر وانه يبدأ بنوافض خفيفة وسعال
جاف وناخس في الصدر والظهر وان السعال يشتد بعدئذ وتبدأ التفلّات وتزداد
وكان يظن ابقراط ان نفث الدم وقياء سبب المرض وليساً عرضاً له .
ثم ان المرض يستفحل والجسم جميعه يهزل اما الساقان فتتوذمان وهذا دليل
واضح على ان اليونانيين عرفوا الدنف (cachexie) السلي ووصفوه واما اظافر
القدمين واليدين فتتعتق ثم ان الهزال يزداد في ناحيتي العنق والكتفين ويعود
التنفس صغيراً كما لو نفخ في انبوب وينطفئ الصوت ويشتد الوهن ويتناثر

الشعر ويبدو الاسهال ويقف التقشع ويموت المريض

وانذار السل حسب ابقراط وخيم جداً غير انه اذا عولج في بدئه يشفى .
وقد ذكر في قانون ابقراط السلان العظمي والمفصلي ولا سيما ما نسميه
اليوم داء بوت فقد جاء فيه ذكر خراجات في الورك والعانة مرافقة للحدبات
الظهرية وورد فيه ايضاً ذكر داء بوت العنقي « في المرضى المصابة رئاتهم
بعقيدات قاسية صلبة » وذكر فيه ايضاً خلع المفصل الحرقفي الفخذي مع
خراجات ونواسير . ولا عجب فانا لا نزال نرى حتى اليوم في هذا القرن
العشرين الذي بلغ فيه الطب اسمى درجاته بعض المرضى المصابين بالتهاب المفصل
الحرقفي الفخذي السلي وقد اهملت معالجتهم فافضى مرضهم الى الخلع المرضي
فلا غرابة اذا ذكر ابقراط في عصره ذلك الخلع المنوسر .

وجاء بعد ابقراط ارسطوطاليس (Aristote) (٣٨٤ — ٣٢٢ ق م .)
وكان فيلسوفاً وطبيباً في آن واحد فلم يصف الى ما عرفه ابقراط غير شي . وهو
قوله ان السل والطاعون ينتقلان بالهواء وهذا القول الذي نطق به احد علماء
اليونان منذ نحو من ثلاثة وعشرين قرناً صحيح لا غبار عليه لان السل والطاعون
الرئويين ينتقلان بالهواء والطب الحاضر يثبت هذا .

ولم يمض غير القليل على موت ارسطو حتى ظهر في السنة ٣٣٠ ق م .
ديوكلس (Dioclès de Carystie « Eubée ») فجاءنا بشيء مستحدث لم يذكره
من تقدموه وهو مكافحته لنفث الدم بصمغ الثيران وهو ما نسميه اليوم الهلام
او الجلاتين .

ان ديوكلس قد املى هذه الامثلة على القرون التي تعاقبت بعده ونحن

لا تزال نستعمل الهلام شرباً ونلجأ الى المصل الهلامي حقناً تحت الجلد في مكافحة الانزفة دون ان ندير ابصارنا الى ذلك العبقري الذي طوته الوف السنين شاكرين له هذه الهدية الثمينة التي نفخ بها الطب وابناءه .

ونذكر من اطباء الرومان ساليوس اورليانوس (Caelius Aurelianus) الذي قال عن السل انه قرحة رئوية مع قيح لا ينضب وكان يصف له الترياق والنوم في ارجوحة والسفر بجرأ والقراءة بصوت عال وكان يغذي المسلول بافضل الاطعمة واجودها كالبيض والارز والنشا والخمر واللحم وهذا الامر الاخير اعني به تغذية المسلول والاعتناء بامر طعامه جديد في ذلك العهد الذي كان يظن به ان الطعام مجلبة الداء وان المسلول كسواه من المرضى الآخرين يجب عليه ان يقلل الطعام .

وميجيء بعد ساليوس ذلك النابغة الكبير والعبقري العظيم الذي لم تنجب القرون السالفة اوسع منه علماً واغزر منه معرفة اعني به جالينوس (١٣٠ - ٢٠٠ بعد المسيح) وكان له في تاريخ الطب العربي اكبر اثر لان العرب قد استرشدوا بما تركه هذا النابغة فنقلوا العلوم عن مؤلفاته و اضافوا اليها ونقضوا ما يحتاج الى نقض واثبتوا ما هو خليق بالاثبات . غير ان جالينوس الذي كان له في التشريح القدح المعلي حتى ان مؤلفاته بقي معمولاً بها زهاء ١٢٠٠ سنة ، جالينوس الذي عني قبل كل احد بعلم الخلق (الفسيولوجيا) ووضع اسمه الاولى ، جالينوس الذي كان للفلسفة من نبوغه القسط الاوفر لم يترك شيئاً جديداً عن السل بل اكتفى بان يدقق في ما تركه السلف وثبت ما وجدته حسناً ويهمل ما رآه بعيداً عن الصواب ولهذا فاذا ذكر اسمه مقروناً بالاجلال

ومحفوظاً بالوقار كلما ذكر التشريح او الحلقة او الفلسفة فهو قلماً يذكر اذا بحث في تاريخ السل .

نصل الآن الى عهد جدودنا القدماء ، الي اطباء العرب الذين بنوا لنا ذلك المجد الزاهر الذي لا يحوه كروار الاعوام . انهم قد برزوا في كثير من فروع الطب والجراحة وكانوا معلمي العالم ما لا يقل عن ستة قرون فاذا كان لنا ما نفاخر به فيهم واذا حق لنا ان نرفع الرأس عالياً متى ذكرت العلوم والفنون فبفضلهم وتفوقهم .

كثيرين هم النابغون بين اطباءنا القدماء الذين يطول بنا المقام اذا اتينا على ذكرهم واخاف ان ينسب الي التعصب الجنسي اذا ذكرت منهم من تركوا شيئاً عن السل اولم يتركوا الا الشيء الطفيف ولهذا امر بهارون وبختشوع وحنين والرازي الكبير الذي يعود اليه الفضل في وصف الجدري والحصبة وابن زهر وايي القاسم وابن القف وكثيرين سواهم .

واقف عند الامام الرئيس ابن سينا (٩٨٠ - ١٠٧٦) الذي جاء في قانونه عن السل بكثير من الامور الجديدة فقد ذكر فيه ان « نفث الدم ربما لا يتأخر بل يقع في الابتداء اذا كان السل من الجنس الرديء » وهذا الامر قد اثبتته الطب الحاضر فقد يكون نفث الدم العرض الاول الذي يبدو به السل الرئوي دون ان يبدو اي عرض آخر قبله .

وقال ايضاً « واما قروح الرئة فقد اختلفت الاطباء في انها تبرأ او لا تبرأ البتة لان الالتحام يفتقر الى السكون ولا سكون هناك وجالينوس يخالفهم ويزعم ان الحركة وحدها لا تمنع الالتحام ان لم تصف اليها سائر الموانع والدليل على

ذلك ان الحجاب ايضاً متحرك ومع ذلك فقد تبرأ قروحه « آه .

لعمري ان هذه الصفحة الخالدة في تاريخ السل اعني بها حاجة السل الى السكون وامتناع السل الرئوي عن الشفاء لتحرك الرئة حركة مستمرة . الا نرى ان المفصل متى سل يثبت ويحكم عايه بالجلود والقسط ؟ الم نلاحظ ان افكار الاختصاصيين بالسل قد اتجهت في جميع اقطار العالم الى ايجاد طريقة يثبتون بها الرئة ليقر بوا منها الشفاء وان الريح الصدرية او طريقة فورلاني ليست غايتها الا منع الرئة مؤقتاً عن الحركة فهل اقررنا لذلك النافعة العربي الذي جاءنا منذ نحو من عشرة قرون بالشرعية التي لم يبدلها العلم بل لم يزل جاداً وراء تحقيقها .

وجاء ايضاً في قانونه ما حرفه « وقد يعرض للمسلول ان يتسد به السل ممهلاً اياه برهة من الزمن وكذلك ربما امتد من اشباب الى الكهولة وقد رأيت امرأة عاشت في السل قريباً من ثلاث وعشرين سنة او اكثر قليلاً « آه والبرهة لغة الوقت الطويل لا كما يظن البعض انها الوقت القصير فيكون اما منا قد وصف الشكل المزمع من السل الامر الذي لم يصرح به احد قبله .

وقد عرف ابن سينا السوس والزرنوخ والقطران والافيون المستخرج من الحشيش والكافور في معالجة السل وقال ان امرأة مسلوقة بلغ من امرها ان علمتها طالت واضنتها واستدعيت من تهى لها جهاز الموت فقام اخ على رأسها عالجها باقرص الكافور مدة طويلة فعاشت وعوفيت .

فهو يشير باستعمال الكافور ويصف منه الجرعات الكبيرة ونحن نرى ان اطباء القرن العشرين وجراحه قد عادوا الى استعمال الكميات الكبيرة من الكافور

وقرروا ما كان وضعه ذلك النابغة في بدء القرن الحادي عشر .

وقد اشار ابن سينا في معالجة السل بلبن الاتن النبي وبين فائده ولم يكن يعلم حينئذ ان في ذلك اللبن النبي المواد التي لقبها الطب الحاضر بالحيوين او (الفيتامين) ونسب اليها تلك الخواص الناجعة .

واتبع الاوروبيون بعد ان انتقل الطب اليهم من العرب خطة ابن سينا في معالجة المسلولين بمضارة الحليب فانشتت في النمسة وسويسرة مراكز عديدة لهذه الغاية كان يومها المسلولون من جميع اقطار اوربة لتناول هذه المضارة فيها تناولاً منتظماً وكان يأقي المصل بفوائد جلية يقر بها المسلولون غير انه أيمحق لنا ان ننسب تلك الفوائد الى مصل الحليب ام الى الككن في تلك البلاد الجبلية المطلقة الهواء المعرضة لنور الشمس ؟

ووضع ابن سينا شروطاً لتناول اللبن فقال ما نصه :

« لو امكن ان يمص اللبن من الضرع (وهو بعني ضرع الاتان) لكان اولى » وقال ايضاً « يختار من الاتن ما وضعت منذ اربعة او خمسة اشهر » وقال « تغسل العلبه بالماء الحار ولا سيما اذا كان قد حلب فيها من قبل فتتقع فيه حتى يتحلل ما كان فيها » وفي هذا القول منتهى الحكمة لانه لحظ ان الحليب يختمر ويتبدل تركيبه ويعود مضراً وان العلبه التي كان يحلب اللبن فيها دون ان تغسل جيداً داة ضرر شديد اذا ما جمع الحليب فيها فاشار بغسلها بالماء الحار ولم يقل بالماء البارد لانه عرف ان الماء الحار افضل في تنظيف ما علق بتلك العلب من فضلات الحليب ولا يجوز ان ننسب كلام ابن سينا في ذلك العصر مهما جاشت في قلوبنا النزعة العربية الى انه كان يرمي باستعماله الماء الحار الى التعقيم والتطهير فما كان

التعقيم ليخطر له ببال .

ووصف ابن سينا طريقة اعطاء اللبن وكميته ونصح للمسلول بالاكثر من اللحوم على انواعها .

عفواً ايها السادة اذا اطلت الكلام عن ابن سينا واسهبت في تعليل بعض المستحدثات التي جاء بها عن السل فمن احق منا نحن العرب باظهار ما اوجد جدودنا القدماء واستنبطوا وبابداء فضائلهم ورفع الستار عن علومهم التي استتار بها العرب حين كان يتسكع في دياجير الجهل . فاذا نحن طمسنا فضلهم فمن تراه ينطق به . ان الواجب يقضي علينا ان نرفع راية الجدود والا نكتفي بالفخر بهم بل ان يكون لنا منهم مثال حي نتبعه في نهضتنا العلمية فنبني بعلومنا اسس استقلالنا المنشود .

اما الآن وقد ختم ذلك العصر المجيد عصر العرب فلنرَ التطور الذي تطوره السل بعد ان انتقل الطب الى الغرب لم تجل عدوى السل جيداً ولم يكتب عنها في التاريخ الطبي شيء صريح الا في القرن السادس عشر في ذلك الزمن الذي جاء به فراكتور (Fracastor) من فارونا في ايطالية والـف ثلاثة كتب سماها : العدوى والامراض المعدية ومعالجاتها سنة ١٥٤٦ وهي مؤلفات جزيلة الفائدة حددت بها العدوى واعلن فيها مبدأ جديد عن اسباب الامراض السارية قال فراكتور في ذلك العهد «الحميات تنجم من بذور لا تستطيع حواسنا ادراكها وهي لا تحدث هذه الامراض فحسب بل تنقلها ايضا الى الآخرين فالعدوى اذن هي انتقال هذه البنور او العفونة من المريض الى السليم واحداها في السليم مرضاً شبيهاً بالمرض الذي كان مصدراً لها وتنقل هذه البذور باللمس

او المساكنة او عن بعد مهما كانت واسطة انتالها » ويقول ايضا لكل من الجدرى والحصبة والطاعون والجرب والرمد الصيدي والكلب والزهرى والسل بذور خاصة به تنقلها الى الآخرين وهو اول من قال عن السل « انه ينتقل بمساكنة المسلول ولبس اثوابه » وقد ذكر في مؤلفه « ان اثواب مسلول كانت السبب في نقل السل الى صحيح ارتداها بعد موت صاحبها بستين »

لعمرى لا بد لنا من الاقرار بفضل هذا المفكر الكبير فكم في كلامه من حكم وكما في نظراته من حقيقة لاننا لو بدلنا كلمة بذور بكلمة جراثيم لكنت لنا الحقيقة الناصعة التي جاء بها باستور بعده بثلاثة قرون فهو قد نظر بعين بصيرته الثاقبة قبل ان تكون له تلك المجاهر المبكرة الى تلك الخلائق المتناهية في الصغر فقال عنها انها بذور وان حواسنا لا تستطيع ادراكها ، عرفها قبل ان يراها فياله من نابغة . ولم يكتف بهذا بل عرف ان لكل مرض بذرة خاصة به وان البذرة الواحدة لا تسبب هذه الامراض المتنوعة فهو قد اوجد فكرة الجراثيم ووضع فكرة الاستقلال الجرثومي ايضا .

وبعد ان لفظ فراكتور مبداء هذا عن عدوى السل بقيت هذه الفكرة منغرسه في ايطالية فقد تكلم عنها بعده بولس ز. كياس (Paul Zacchias) في مؤلفه المسمى « الاسئلة الطبية الشرعية » وقد تساءل فيه عما اذا كان يحق للمرأة السليمة ان تهجر زوجها المسلول .

وفي آخر القرن السادس عشر جاء مار كوليالي (Merculiali) فعدل بعض التعديل فكرة فراكتور واقربعدوى السل وانتقال الامراض حسبها ذكر فراكتور غير انه خالفه في امر تلك البذور وقال انها نوع شبيه فعله بفعل السموم .

وفي نظر هذا الايطالي كثير من السداد فهو لم يقنعه ان بذوراً تدخل الجسد وتحدث ما تحدثه تلك الامراض الحادة الفتاكة بل ان هناك امراً اعظم من هذا ان هناك شيئاً من السموم يلقي ويسم البنية وكأنه يقول ان تلك البذور او جراثيم اليوم لا تؤثر بدخولها للبنية فقط بل تفعل ايضاً بمفرزاتها او ذيفاناتها (توكسينها) فياله من نظر ثاقب بعيد المرمى .

واشتهر في القرن السابع عشر بين الاطباء الذين عنوا عناية خاصة بالسل ريشار مورتون (R. Morton) الانكليزي (١٦٩٨) وكان اكليريكياً في بدء حياته ومن اسرة شريفة غير انه ترك الثوب الى تعلم الطب . فقد نسب سل الرئة الى عقيدات تلتهب وتفتيح وكان يظن انها تنجم من دم متخثر وكان يعتقد ايضاً بعدوى السل فقد قال عنه «انه يعدي الاصحاء الذين ينامون والمسلول في فراش واحد كما تعدي الحمى الحبيشة» ولكنه كان يعتقد بالوراثة خاصة وقد قسم السل ثلاث درجات : الابتدائية والوسطى والانتهاية وهي درجة اليأس . فالاولى تناسب هجوم كمية زائدة من مصل الدم على الرئة ، والثانية تناسب تكون العقيدات ، والثالثة التهاب الرئة وتفتيحها .

وهو يروي حادثة سل استمرت خمسين سنة كحادثة اللورد هارت وحادثة ابيه الطبيب الشهير الذي قضى حياته كلها وهو يسعل ومات سنة ١٦٥٨ . وقد عني مورتون بالسل خاصة لانه كان ابن طبيب مسلول وكان يخشى الوراثة وانتقال هذا المرض بها اليه ، وقد اهتم اهتماماً جزيلاً في معالجة السل بكثرة التغذية والامور الصحية .

فمورتون اذن جاءنا بامر ين جديدين : العقيدات الرئوية التي لم يذكرها

احد قبله وقد اثبت الطب الحاضر تكونها في الرئة ودرجات السل الثلاث التي لا تزال نذكرها .

وفي القرن نفسه قام لازار ريفيار (Lazare Rivière) (١٥٨٩ - ١٦٥٥) في فرنسا ووضع مؤلفاً اسماه الممارسة الطبية (Pratique Médicale) لا يخلو من الفائدة الطبية ذكر فيه بضع مئات من المشاهدات بينها العدد الوافر عن عدوى السل ومنها مشاهدة غريبة في بابها وهي ان احداً الكهنة بعد ان سل كان يستطب برضع ثدي امرأة فسلت بدورها وماتت بعد ان نقلت العدوى الى اختها التي غالبت المرض فغلبته وشفيت غير ان هذا الكاهن المنكود الحظ الذي كان السبب في نفشي الداء وموت تلك المرأة البائسة لم تجده المعالجة نفعا ففضى ضحية دائه الويل .

وفي آخر القرن السابع عشر وبدء الثامن عشر جاء باليني (Bellini) الايطالي (١٦٢٤ - ١٧٠٤) فكان اول من ذكر امكان التوسط الجراحي في سل الرئة .

وقد برز في القرن الثامن عشر فون سويتن (Von Swieten) (١٧٠٠ - ١٧٧٢) الهولندي المولد النمساوي الاقامة . اضطلع هذا الطبيب الشهير في بلده لانه كان كاثوليكياً فرحل الى انكلترا ومنها الى فينة حيث نال شهرة سريعة . ولم يكتب عن السل شيئاً جديداً سوى انه اشار باستعمال خزّام العنق في السل الرئوي وبخزع الرغامى في الحالات الخطرة .

وفي العصر نفسه قام في ايطالية مورغاني (J. B. Morgagni) الشهير (١٦٨٢ - ١٧٧١) وكان يخشى السل خشيته للافعي حتى انه لم يكن يحسّر

على تشريح جثة المسلول خوفاً من انتقال العدوى اليه فأيسد فكرة فراكتور بعدوى السل ولم يكتف بهذا بل انه وصف قبل كل احد التهاب السحايا السلي واورد عنه مشاهدة جزيلة الفائدة : ابنة في الثانية عشرة متوقدة ذكاء فقدت اختها واخاها بالسل واصابها هي نفسها بعد سنة من فقدهما التهاب في الرئة اليسرى ثم اعترها صداع فوق القوب ولم يمر عليها يوم واحد على ظهور هذا العرض حتى اخذها الهذيان وثبتت عيناها واعترتها الاقياء وانتابتها حر كات تشنجية عقبها نوع من السبات كانت تمخلله آونة بعد اخرى نوب تشنج شديدة وزلة (ضيق نفس) ثم قضت وبعد ان فتحت جثتها بدا في قاعدة الدماغ مهل (مصل صديدي) نسب اليه المرض .

وظل الشعب في ايطالية يخاف السل خوفاً شديداً ويرتعد لدى ذكر اسمه لما زرعه الاطباء في قلوب العامة عن سرعة عدواه فقد كتب رولان (Raulin) (١٧٠٨ — ١٧٨٤) ما حرفه « متى ثبتت اصابة شخص بالسل كان يرقن فراشه واغطيته واثوابه وادوات طعامه وشرابه وجميع ما يستعمله ومتى مات يحرق هذا الاثاث وي تلف وقلم كان يسمح باستعماله بعد تبخيره . اما الغرفة فتقشر جدرانها وتطلى بطلاء جديد وتغسل ارضها وتفتح نوافذها وابوابها وتبقى مغرصة للشمس والهواء سنة كاملة قبل ان يسمح بسكنها .

وقد استولى الرعب على قلوب الايطاليين استيلاء غريباً وبلغ منهم الخوف من السل مبلغاً بعيداً فان شيريلو وكونونيو (Cirillo et Cotugno) بعد ان استرشدا بارشادات اسكوبار (Escobar) (١٧٧٦) وهو اول من اشار بتعقيم نفقات المسلولين وقعا في نابولي على ذلك القرار التاريخي الشهير في ٢٠ ايلول

سنة ١٧٨٢ واذيع على الملا بأمر الملك فرديناند في الشوارع وبعد النفخ في الابواق تنبئها للشعب وخلاصته « ان يعزل المسلول بعد ان يتحقق مرضه وان كل طبيب يعاين مسلولاً ولا يعلن امره يغرم في المرة الاولى غرامة كبيرة واذا عاد الى اقتراف هذا الجرم ينفي عشر سنوات . ولم يستثن الاكلير يكون من من هذا القانون اما اثاث غرفة المسلول فينقل بعد موته الى خارج المدينة ويمخر بالجحرة متنوعة ويغسل » .

وقد ادعى رولان انه شاهد أكثر من ألف حادثة عدوى في زمن ممارسته الطبية اما بوسكيون (Bousquillon) فلم يرَ والعهد عليه حادثة عدوى واحدة . وقد تغلبت فكرة بوسكيون في فرنسا وبعض اجزاء اوربّة حتى الربع الاخير من القرن التاسع عشر اذ كشفت عصيات كوخ لان اختبارات فيلمن عن التلقيح بالسل لم تثبت في البدء عدوى هذا الداء .

ومن الوجوه الساطعة في القرن الثامن عشر برسيغال بوت (١٧١٣ - ١٧٨٨)

الذي وصف سل الاجسام الفقريّة فسمي باسمه « داء بوت » وكان يعالجه بكي الاقسام الناتئة من العظام المصابة وقد وصف ايضاً الشلل المرافق له ونسبه الى تخرب النخاع الشوكي فقد قال « تنخر اجسام الفقار ويتخرب القسم الغضروفي بينها فيضغط النخاع الشوكي ويصاب بالتبدل ويشل المريض » ونسب هذا المرض الى الداء الخنازيري ونفى علاقته بالرض وقد كتب عنه ما حرفه « ان المرض الذي يحدث هذه الاحوال في النخاع الشوكي والاقسام المجاورة له هو الداء الخنازيري اعني به المرض نفسه الذي يحدث تكثفاً في الشفة العليا وضخامة في عقد العنق وتحت الذقن وسعالآ جافاً متعباً وضخامة وتخرّجاً في العظام الاخرى

فاذا كان ابقراط قد وصف سلي المفاصل والعنق دون ان يعلم سببهما بل ان وصفه لهما ذلك الوصف الجميل كان ينطبق على ما نشاهده اليوم من اعراضهما فان برسيغال بوت قد بين علاقة تنخر الفقار بالسل او بالداء الخنزازيري فلا احق منه بان يسمى هذا الداء باسمه وان يبقى اسمه خالداً تردده من بعده السببة الاطباء ابد الدهر .

نصل الآن الى القرن التاسع عشر وهو القرن الذي كشف به النقاب عن السبل فبدأ امره جلياً نرى في بدء هذا القرن غسبار لورن بايل (Gaspard Lau- rent Bayel) (١٧٧٤ — ١٨١٦) الذي درس السبل الزنوي درساً دقيقاً وبين ان العقيدة الرئوية قد تبلى و ذكر انه كان يرى في جثث المسلولين عقيدات عديدة مشابهة للعقيدات الرئوية في الاعضاء الاخرى الكبد والكلى والمسايرقا وغيرها غير انه لم ير منها في الدماغ وقد نسب جميع هذه العقد الى سبب واحد حتى انه لفظ هذه الكلمة الحرض السلي (diathèse tuberculeuse) .

يتبين لنا من هذا ان الافكار بدأت تتجه منذ بدء القرن التاسع عشر الى توحيد المظاهر المختلفة التي يظهر بها السل وان اطباء ذلك العصر بعد ان رأوا في العقد البلغمية والاحشاء والرئة عقيدات متشابهة كل الشبه خالجهم الشك في ان هذه المظاهر جميعها ناتجة من سبب واحد .

وجاء في الربع الاول من القرن التاسع عشر ذلك النابغة الكبير لايناك (Laënnec) (١٧٨١ — ١٨٢٦) طبيب مستشفى نكر الذي تفوق على معلمه كورفيزار (Corvisart) وسلح الاطباء بسلاح ماض في تشخيص امراض الرئة والقلب وقد غني لايناك خاصة بالسل واثبت وحدته جازماً فيها اكثر من

غسبارلورن بايل بقوله « مهما كان الشكل الذي تظهر به المادة السلية فهي في بدنها مادة سنجابية شغافة بعض الشفوف ولا تلبث ان تعود صفراء ظليلة قاسية جداً ثم انها تلين وتميع ميعاً متجانساً شبيهاً بقوام الصديد فتفرغ في القصبات تاركة تجاويف كانت تسمى قبلاً قروح الرئة اما نحن فنسميها كهوف الرئة » فهل اجلي من هذا التصريح عن وحدة السل في ذلك الزمن الذي لم يدر فيه المجهر لعالم الوجود اكتشافاته المعجبات .

وانا لتعجب اشد العجب كيف ان هذا النابغة لم يكن يعتقد بعدوى السل كثيراً فقد ورد في كتابه ما نصه « لا يخيّل لي ان الاثواب الصوفية وفرش المسلولين التي يحرقونها في بعض البلدان ولا يكادون يغسلونها في فرنسة قد نقلت السل الى احد » مع ان من قلب تلك الموءلفات الطبية العديدة التي نشرت قبل عهد لايناك وقد استقيننا منها الكثير من شواهدنا التاريخية يرى فيها المشاهدات المثبتة لعدوى السل واطن ان الشك كان بخالغ لايناك في صحتها وانه كان ينتظر مشاهدة حوادث العدوى بعينه ليقربها فلم يتح له ذلك لان السل نفسه حصداً بمنجمله تلك الغرسة النضيرة .

وقد اقر لايناك بالتلقيح اذ قال متسائلاً « يحدث التلقيح المقصود سلاً او على الاقل سلاً موضعياً ؟ » واجاب عن هذا السؤال بقوله « ليس لي سوى حادثة واحدة اقدمها برهاناً على صحة التلقيح بالسل وهي وان تكن مفردة جديرة بالذكر » وقد كنا نتمنى لو ان تلك الحادثة لم تقع اذن لكانت طالت حياة هذا العالم ولكانت البشرية استفادت من علمه الجهم وقد عني لايناك بتلك الحادثة المفردة نفسه لانه وهو ينشر فقار مسلول سنة ١٨٠٦ جرح سبابته

اليسرى فبدت مكان ذلك الحُدش عقيدة سلبية فكواها مرات عديدة بزبدة الاثمد
فندبت غير ان تلك الجرائم التي كانت قد تغلغلّت في جسده لم تلبث ان عادت
الى محاربته فاصيب بسل وقضى في ١٣ آب سنة ١٨٢٦ .

مات ذلك العلامة ضحية الواجب فعرف العالم قدره وهبت بلاده الفرنسية
منذ ثلاث سنوات فاحتفلت بذكري مرور مائة عام على موته وكثيرون هم
الذين يموتون هذه الميته الشريفة فتبلى اجسادهم واعمالهم معاً لان الامّة التي
ينتسبون اليها لا تكرّم علماءها .

ان تكريم العلماء ايها السادة صفة من الصفات السامية الدالة على حياة الامم
ورقيها واننا لنجذل غاية الجذل بان نرى هذه الروح قد دبّت في جسم البلاد
العربية فما هذه اليوبيلات التي تقام هنا وهناك لتكريم بعض نوابغنا الا دليل
على ان الحياة قد دبّت فينا .

وما ان انتصف القرن التاسع عشر حتى بدا الى الوجود ذلك العلامة الالماني
الكبير الذي كشف النقاب عن سبب السل فسكتت الالسنه وحسم الجدل
وكان لاكتشافه الضجة الكبيرة في اقطار البسيطة وقد عرفت ايها السادة من
اعني انني اعني كوخ (Koch) (١٨٤٣ = ١٩١٠) الذي لم تمر على موته
اكثر من تسع عشرة سنة . توصل هذا العلامة سنة ١٨٨٢ الى كشف عصيات
السل فاثبت وحدة السل ونوعيته وعدواه .

وكان كشفه اكبر برهان على صحة الفكرة التي جاء بها لايناك اوسداد
الفكرة الفرنسية وانصاع دليل على فساد الفكرة الالمانية المنافية لما وهي فكرة
فيرخوف (Virchow) وريندهارت (Reindhardt) القائلة بعدم وحدة السل

ورأي اميس (Empis) الذي كان يعد السل الدخني (granule) مرضاً خاصاً لا علاقة له بالسل .

ولم يعد من مجال للشك في عدوى السل ، هذه العدوى التي قالت بها الاجيال السالفة منذ القدم حتى اتى لايتاك فنفاها وكان نفيه لها كما اوردنا خروجاً عن الحقيقة .

انني اقف عند هذا الحد بعد ان استعرضت معكم الاجيال جيلاً جيلاً منذ الهنود الى القرن الماضي وبعد ان اوضحت لكم تطور السل في هذه القرون وما ادخله كل قرن منها من الامور الجديدة عليه وانني ارى ان الوقت قد حان لامر الى الشق الثاني من محاضرتي واحول نظري عن الزملاء الكرام الى الفئة الثانية من مستمعي لاحادثهم عن العدوى والوقاية .

وقبل ان ادخل لب الموضوع اقسم السل قسمين : قسماً يعرفه الشعب وهو السل الرئوي الشديد الخطر على المسلول ومن يحيط به وقسماً آخر لا يعرفه غير الاطباء لان معظم الشعب لم يعود سماعه اعني به اشكال السل الاخرى من عظمي ومفصلي وعقدي وكلوي ومعوي وخلي وسحائي وغير ذلك .

والغاية من هذه القسمة ايها السادة التفاوت الشديد بين عدوى القسم الاول الشديدة والقسم الثاني الخفيفة كما سيبدو لكم الامر واضحاً في سياق محاضرتي . وكلا القسمين متفش تفسياً راعباً في بلادنا السورية ومن ادرى بتفشيها منا نحن معشر الاطباء ولا سيما اطباء المستشفيات الذين يرون في يومهم الواحد عشرات المرضى وقد اتاخ عليهم هذا الداء بكله فاذوى فيهم نضارة الحياة أو اتلف فيهم بعض الاعضاء .

اقول هذا والاسف آخذ مني مأخذه الشديد لان معدل السل بين مرضى مستشفانا العام ومن يأمون عيادته الخارجية مستشفين لا يقل عن عشرين بالمائة وهو معدل لا يستهان به يدعو الحكومة الى اتخاذ التدابير الفعالة لقمع هذا الداء ومكافحته اشد المكافحة .

وبما ان العدو لا يتقى شره ولا نصدهجماتاته الا متى عرف مقره وادركت الطرق التي يختطها في الهجوم كان علينا ان نعلم مقر عصيات السل وطرق انتقالها لتتخذ الوسائل الفعالة لاجتنابها .

اين نجد عصيات كوخ او العوامل المرضية المحدثه للسل ؟ سواء لا تصعب الاجابة عنه . انا نجدها في الهواء الذي نستشقه ، نجدها في الاغذية التي نتناولها ، نجدها في السوائل التي نشربها ، نجدها على اليد التي نصافحها والشفاة التي نقبها ، نجدها في فنا وبلعومنا نجدها حيث سرنا في الشوارع والمعابد والمسارح والبيوت والمدارس ، انها منتشرة انتشاراً مخيفاً تحيط بنا وتهاجم اجسادنا من كل مكان وصوب .

كل هذا حقيقي ايها السادة وليس فيه شيء من الغلو فان السيدة التي تكنس بيتها في الصباح مثيرة من الغبار ضباباً تستشقه وتنشقه اولادها وزوجها تعمل على نشر هذا الداء ونفسيه دون ان تعلم او تدرك فداحة الامر الذي تعمله .

وتلك المكانس التي تحررها ايدي العملة في الشوارع في صباح كل يوم وعشيته بينا الناس يروحون ويحيئون في الازقة والشوارع كادحين وراء اشغالهم ادوات تعمل للسل ومعامل تقوض بها ابنية الاجساد البشرية لانها تنشر في الهواء ما كان لاصقاً بالارض وتسهل دخوله في انوف المارين وافواههم .

وتلك الايدي التي نصافحها او نقبلها وقد انتشرت عادة لثم الايدي بيننا ايدي لا تحمل الينا السلام الذي تتوسمه ولا الحب الذي نتوخاه وننشده ، بل ايد مفعمة بعصيات السل وسواها من الجراثيم القتالة فعلينا اجتنابها ما امكنتنا .

وتلك الوجنت والشفاه التي نحن شوقاً اليها ونرسم عليها قبلة الهيام والوجد وجنت وشفاه لا تنقل الينا الا الموت الزوام ولو اننا عرفنا هذا لكننا امتنعنا عن تلك اللذة ناظرين الى ما ورائها من الخطر المقبل ولكننا نحكم العقل في امورنا قبل العواطف والقلب .

وتلك المواد الغذائية التي تعرض في الاسواق وقد كساها الغبار ثوباً سندسباً جميلاً ووشمها الذباب بخيلانه السود فعادت كأنها الوشي المعلم مواد لا تقذي البدن وتجلب العافية بل تؤذي الجسد وتقصر الحياة بما تحمله من الجراثيم والاقذار .

انني اسمع البعض يهمسون قائلين انسيت ايها الطيب فعل النار في التعقيم او لا تعلم ان المواد الغذائية تمر بالطنجرة والمقلاة قبل ان تصل الى الفم والمعدة فيموت ما فيها من الجراثيم وان الخضر التي تؤء كل غضة تغسل والغسل احسن مطهر آلي يكنس الجراثيم كنساً ان لم يقتلها قتلاً ؟

لا انكر هذه الملاحظة ايها السادة ولا انسى هذا التنبيه الوجيه ولكن ما قولكم بتلك المعجنات تحمل على الروءوس او تعرض في الشوارع ينفخ الهواء عليها فيلصق بها من الغبار وذرات التراب ما يعيدها شهية لذيدة وما رأيكم في ثمر الثوت الذي لا يستحم في الماء الحار ولا يترد في الماء البارد والامثلة كثيرة

يطول بنا عدها لست انكر ايضاً ان ادارة الصحة تكافح هذه الامور مكافحة شديدة وانها تعاقب من يخالف القوازين التي تسنها غير ان ادارة الصحة لا تتمكن على الرغم من سهرها الدائم ان تعين لكل بائع مأموراً يرقب حر كاته فاذا لم يكن فينا ما يردعنا فلا شيء يقلعنا عن هذه العادات المضرة .

ولكن اذا كانت عصيات السل منتشرة هذا الانتشار الهائل فهل من سبيل الى اجتنابها واذا كانت سابجة في الهواء الذي نستنشق وفي اللبن الذي نشربه وفي الغذاء الذي نأكله فهل من وسيلة الى تعقيم الهواء او الامتناع عن استنشاقه او هل من سبيل الى المعيشة بدون طعام وشراب ؟

اذا لم يكن تعقيم الهواء ممكناً ولا الامتناع عن الطعام والشراب مستطاعاً ايها السادة فان اجتناب عصيات السل والقضاء عليها ممكنان متى بحث في الامر ونظر اليه بعين الروية .

لا تقوم الوقاية من السل بمنع الباعة عن عرض المواد الغذائية في الاسواق ولا بالامتناع عن المصافحة والتقبيل ولا باجتناب كنس الاسواق قبل ان ترش مع ان هذه الامور جميعها مفيدة كل الفائدة لا يعفى شخص من معرفتها والتبشير بها بل تقوم الوقاية من السل بامر واحد فقط يضاف اليه امر اخر ملحق به . وهذا الامر الواحد هو الاس الذي تبني عليه الوقاية فاذا ما حفظناه ورعيناه كان لنا ان نفاخر باننا كسرنا هذه القيود الثقيلة التي كبل بها السل بلادنا السورية واذا لم نحفظه ولم ندرك اهميته بقي كل فرد منا عرضة لهذا الداء الوابل لان تقيد بعض الافراد بالقواعد المتبعة في اتقاء هذا الداء لا تجدي المجموع نفعاً اذا لم يقوم المجموع بعمل واحد مشترك . فما هو ذلك الاس ياترى ؟ هو ايها

السادة مجاربة العصيات في وكرها ، هو اتلافها قبل انتشارها لان وكر الافاعي يسهل التغلب عليه ما زالت ثعابينه مجتمعة ولكن متى تفرقت وانتشرت امتنع الامر وهو يزداد امتناعاً متى بنت كل افى وكرأ جديداً وتكاثرت نكاثراً رابعاً اذن لا بد من الاستيلاء على تلك العصيات في وكرها فاين هو هذا الوكر؟ هو ولا شك المسلول نفسه فاذا ما اعتنينا بالمسلول العناية الواجبة واتلفنا ما يقذفه من جسده من ملاين الجراثيم كل دقيقة حققت لنا الغلبة على هذا الداء الويل وعاد هواؤنا نقياً وماؤنا عذباً وغداؤنا مستطاباً واذا نحن اهملنا ذلك العش لم تجد الاحتياطات الاخرى التي نتخذها نفعا . قلت ان المسلول يقذف من جسده بملايين الجراثيم فكيف يقذف بها؟ انه يقذف بها من رثيته مع التفلات متى كان السل رؤويا ويلقي بها مع الغائط او البول متى كان السل معديا او كلويا مثانياً ويطرحها مع الصيد متى كان السل مفصلياً او عظمياً او عقدياً فعلياً اذن ان نتلف في ما يلقيه المريض تلك الجراثيم .

اما الصيد فقلما يكون سبباً لانتشار السل لان المسلول المصاب بسل عظمي او مفصلي مسلول لا يقوى غالباً على التجول ولان آفته تضطره الى طيب او مضمد يضمده جروحه فيقوم اطبيب بهذه المهمة ويأمر بحرق ما نزع عن ذلك الجرح من القطن والشاش الملوذين .

ويقرب منه المصاب بسل معوي او بولي لانه ولو كان قادراً على التجول لا يلقي بمفرزاته اعني بوله وغائطه الا في المراحيض فسير في تلك المجاري القذرة دون ان يكون منها خطر شديد وان تكن لا تخلو منه .

وما اقله ايها السادة ينطبق على المدن التي تراعى فيها القواعد الصحية مراعاة دقيقة غير ان مدينتنا عاصمة البلاد السورية لا تزال بعيدة عن اتباع هذه القواعد فاذا كان المصاب بسل بولي لا يعد خطراً كبيراً على المجتمع في البلاد الاخرى فهو خطر جسيم في مدينتنا العزيزة وانكم تعلمون السبب لانه لا يحتاج الى برهان ذلك لان المصاب يبول كما يبول سواه في الازقة والمنعطفات فتلقى مع بوله عصيات كوخ تتناقلها اجذية المارين وهي رطبة واجنحة الريح متى جفت فلو ان المجلس البلدي اخذ لهذا الامر عدته واكثر من المبالول في الازقة وعاقب المعاقبة الصارمة من يتجاسر على البول في سوى تلك الاماكن المعدة لهذه الغاية لعاد المصاب بسل بولي اقل خطراً على المجتمع الذي يعيش فيه فعمسى ان ننال هذه الامنية .

غير ان الخطر كل الخطر والبليّة كل البليّة في ذلك المصدور المصاب بسل رئوي فهو في دوره الاول والثاني لا يلزم فراشه بل ينتقل في الازقة والشوارع ويزور الاصدقاء فيملاً الاماكن التي يمر بها بتفلاته فلا تلبث ان تجف فيبددها الهواء فتطاير ذراتها معه وتنتقل الى رئات الناس ومعدهم ومتى كان المسلول ارقى شأنًا واحسن حالًا تفل في منديه وفي هذا من الضرر ما لا يقل عن ذاك لان ذلك المنديل تجف فيه التفلات فيكون حفظها حظ تلك التي القيت على الارض ولان ذلك المنديل ينتقل من يد الى يد ليغسل فيكون اداة لتفشي الداء والمصدور لا تستطيع مراقبته فهو يتفل خلسة حيث اراد دون ان يراه احد ، بيد ان رفيقه المصاب بسل بولي لا يتسنى له ان يبول

في الازقة متى اراد فاذا لم تنبه ذلك المريض لهذا الخطر القادح واذا لم نجد في تعقيم تلك التفلات واتلاف الجراثيم فيها ذهب تعبنا جزافا فكيف نتوصل الى هذه الغاية ؟ العمل سهل وهو ان نحذر المريض من البصق على الارض او في منديله وان ندعوه الى البصق في مبصرة او وعاء معد لهذه الغاية متى كان في بيته وان نضع في قعر هذا الوعاء مادة مطهرة واحسنها سلفاة النحاس الرخيصة الثمن ويجب ان يظل ذلك الوعاء مغطى بغطاء في الصيف لئلا يقع الذباب على البصاق فينقل ما علق بارجله الى المواد الغذائية ويكون سببا في نقل الداء الى الآخرين . ومتى خرج المريض من بيته وسار متزها وجب عليه ان يضع في جيبه مبصرة خاصة يبصق فيها وهذا الامر لا يجوز التساهل به مطلقا . وتفرغ المبصرة كل يوم في المراض ولا يجوز افراغها على الارض قريبا من البيوت متى كان المريض في قرية لئلا تقع في الورطة الاولى التي كلكتم عنها ويفضل افراغ المبصرة في وعاء خاص واغلاء محتواها وتعقم المبصرة نفسها بالاغلاء .

وعلى المسلول ان يغسل فيه مرات عديدة في اليوم وان يتحاشى تقبيل اهله واصدقائه وعلى الرجل ان يخلق ذقنه وشاربه ايضا لئلا يكون شعرها محشرا للجراثيم وتفرز للمسلول او ان خاصة به شوكته وملعته واطباقه وسكينه ومنشده وقدره وبكلمة مختصرة جميع ما يحتاج اليه وتعقم هذه كلها بالاغلاء بعد كل استعمال .

اننا اذا صنعنا هذا نكون قد قضينا على السل في مهده وحار بناء في وكره . قلت ايها السادة ان هنا اس الوقاية وذكرت لكم ان امرا آخر لا بد من الحاقه به فما عساه ان يكون ياترى ؟

هو إيجاد مناعة في الاشخاص المعرضين للسُّل . ومن هم المعرضون ؟ كل منا معرض لهذا الداء غير ان درجة التعرض تتفاوت واكثر الناس تعرضاً المضعفون والناقصون من الامراض العفنة ومدمنو الكحول والولدان المولودون من آباء وامهات مسلولين . اما الفئة الاولى فعلياً ان نبعد افرادها عن مواطن الداء والا ندعهم في المستشفيات التي يقطنها المسلولون وان نبعث بهم الى القرى النقية الهواء ريثما يعود اليهم نشاطهم ويستعيدون قواهم فيكون لهم من كرياتهم البيضاء اكبر مدافع وامنع حصن .

واما الولدان هؤلاء المخلوقات الصغيرة الاجساد اللطيفة الرئات الذين يولدون وفيهم للسُّل استعداد شديد فكيف نقيهم غائلته وندرأ عنهم شر عدواه ؟ كانوا فيما مضى يبعدون الطفل عن امه وابيه ويمرموه عطفهما ويعثون به الى القفر كما يصنعون اليوم بالناقصين من الامراض العفنة والمضعفين ، كانوا يمنعون المشبوهين عن تقبيل اولئك الاطفال والاقتراب منهم ، كانوا يجتنبون كناسة الدور التي يسكنونها ويمسحون الغبار عن اثاثها مسحاً ، كانوا يقوون اولئك الصغار بجميع انواع المقويات . اما اليوم فقد اوجد لنا العلم طريقة جديدة للوقاية لم يكن يحلم بها جدودنا لقد أرسل الينا العلامة سان كلت وغرن قوارب النجاة فخلصا بها اولئك الصغار من تلك الامواج الهائجة التي كانت تبتلعهم وما تلك القوارب ايها السادة غير لقاحها الواقي انها به قد انقضا الوفيات من ٢٥ في المائة كما دلت الاحصاءات في فرنسا وانكلترة والمانيية الى اقل من واحد في المائة فياله من نجاح باهر . ومتى عرفنا ان طريقة التلقيح سهلة للغاية

فهني ان يؤخذ مقدار سنتغرام من مستحلب اللقاح المحضر في مستوصف باستور
ويمزج بالحليب ويعطاه الطفل وان تعاد الجرعة نفسها كل يومين اي في الأيام
الثالث والخامس والسابع من ولادته ادر كذا ان الامر سهل الانجاء لا يحتاج
الى عناء كبير .

ولكن من عسائه يقوم بهذه الاعمال ، من تراه يعتني بالسلول مهما كان نوع
سله عظيماً او مفصلياً او عقدياً او معويّاً او بولياً او رثوياً من تراه يرعى اولئك
الامهات السلولات ويوجد في اولادهن المناعة على تلك الجراثيم القتالة بعد
ولادتهم ان لم تكن المستشفيات والمصحات ومن عسائه ينشئ هذه وهي تحتاج
الى اموال طائلة ومعرفة واختبار ان لم تكن الجمعيات .

اجل ما من فرد يقوى على القيام بهذه المشاريع الجليلة الفائدة ولكن على
الفرد ان لم يقيم بها ان يشترك بها عليه ان يعلم ان كل بارة يعضد بها هذه المشاريع
يكون قد صرفها في سبيل وقايته ووقاية اهل وطنه وعليه ان يثق ان الدرهم
الذي يهديه الى هذه الجمعيات القائمة بهذه المشاريع هو انفع درهم يصرف في
هذه الحياة .

انني اكبر عمل هذه الجمعية الكريمة واعد مشروعاتها من اعظم مشاريع
هذه البلاد لان عظمة الامر تقاس بفوائده وهل اعظم من الفائدة التي توجه
الى كبح جماح مرض وبيل كالسل . ان العالم جميعه قائم قاعد يمحش جيوش
الاطباء والكيماويين لمكافحة هذا الداء ولم يتوصل حتى الآن الى التغلب عليه
فاذا قامت بين ظهرانينا فئة تنهج هذا النهج القويم ، اذا ما دفعتم الحمية والغيرة
على تخليص مئات الالوف من ابناء هذا الوطن العزيز الى الاشتراك بهذا الجهاد

المقدس كان علينا ان نهال باسمها وان نمد اليها يد المساعدة ، كان على التلميذ في مدرسته ان يقتصد مما يعطاه لمصروفه الخاص ويبحث به الى جمعية مكافحة السل كان على التاجر ان يخصص من ارباحه شيئاً ولو زهيداً ليهديه الى هذه الجمعية ، كان على المتحول ان يهب بلا حساب بعض ما يخزنه في صناديقه من النضار لهذه الفئة المجاهدة واذا ما فعلنا ذلك اثبتنا ان الحياة تدب في عروقنا وبرهنا للناظرين الينا وهم على شك من تطورنا العقلي اننا امة تدرك للحياة معناها وتفهم ان في مقدمة الامور مكافحة الامراض وتقوية السواعد التي تعقد عليها الوينة الاستقلال الذي نطمح اليه بكل جوارحنا فلا تصحوا اذ انكم ايها السادة عن نداء هذه الجمعية الكريمة بل اعضدوها لان في نجاحها نجاح بلادكم وفي فلاحها فلاح امتكم ونجاتها من عدو شديد المراس والسلام عليكم وعليها .



قياس طول قنوات الجذور وحشوها

للحكيم نجاة ابراهيم الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحاتها

سبق لنا ان عرفنا من المقال السابق عن تصنيف الجذور اهمية الانتباه لتعدد اشكالها . وقد بقي علينا ان نعلم كيفية التوصل الى قياس القنوات قبل حشوها للحصول على النتائج الثابتة في المداواة .

(١) طريقة القياس الاولى^(١)

يعين حجم القسم القمي للقناة بآلة تدخل فيها او باستعمال مخروط من الورق تعين به نهاية القمة ويجر بعد وصوله الى الثقب . ويستطاع تعيين طول السن تعييناً دقيقاً بالاشعة وذلك ان تدخل في القناة اسلاك خاصة مختلفة الحجم قبل الرسم غير ان الاشعة الكهرية قلما تبين لنا طول الجذر الحقيقي وهذا ما يدعونا الى اتباع القانون الآتي :

(ان نسبة طول السلك الى طول ظله — كنسبة طول السن الى طول ظله) وتنظم مراقبة هذا القياس اجتناباً للرضوض الالية التي قد تصيب النسيج القمي . فتملاً الجذور حسب القانون ولا ينتظر ظهور الألم الذي يشعر به المريض عند حشو قناة سنه .

(١) بلايني (J. A. D. A. Blayney) جزء شباط سنة ١٩٢٨

والسلك المستعمل طرفان : طرف قمي وطرف لقمي يوافق الاول قمة الجذر والثاني سطح السن اللقمي . يأتون طرف السن اللقمي بعلامة تعين حدود السطح اللقمي ثم تنتخب آلة حشو خاصة يسهل مرورها في القناة المراد حشوها ، وتمنح الآلة كالسلك وتلّون عند هذا الانحناء ويجب ان يكون رأس الآلة اقصر من نهاية الجذر بـ (٣ - ٤) مم ، ثم تنتخب مخاريط من الطبرخي (غوتابرخا) يعادل مقطعها المعترض مقطع قطر القسم القمي من القناة على ان يكون طولها كافياً . واذا الصق هذا المخروط بالآلة يجب الا يتجاوز مجموع طولها -- من رأس المخروط حتى انحناء الآلة -- طول السن المقدر ، ثم توضع هذه الآلة مع المخروط الملتصق بها باعتناء على طبق حيث تكون معدة للاستعمال .

(٢) طريقة القياس الثانية^(١)

او

طريقة القياس بمقياس كير (Kerr) الجديد

هذا المقياس آلة معدنية يشبه شكلها مسكة الابرة التي يستأصل بها اللب وتمتاز عنها بكونها مدرجة درجات يعين بها طول القنوات تعييناً دقيقاً بالملمتر وهي مفتوحة الوسط وهذا ما يسهل قراءة الدرجة والرقم الذي تقف عنده الابرة المراد قياس القناة بها بعد وصولها الى رأس القمة ومخروطة الطرف يسهل دخولها في حجرة اللب حيث يستند طرفها الى كتف تبني خصيصاً له على قاعدة القناة الجذرية

درجات هذه الطريقة العملية

١ - بناء الكتف افتح في حجرة اللب بسنبلة مقطوعة الطرف وابن بها كنفاً في القسم العلوي من قناة الجذر .

٢ - قياس طول القناة : ضع ابرة القياس في قبضتها وادخلها في القناة ودع الآلة تنفذ الى الكتف المبنية في قسم القناة العلوي ، ثم ارسم السن بالاشعة فاذا وصلت الابرة الى القمة سجل الرقم المسطر على قبضة الآلة الذي وقفت عنده فهو يبين لك طول القناة الحقيقي ثم ثبت جميع الات القياس المراد استعمالها في تنظيف تلك السن على الرقم المعين لتلك القناة فلا تتجاوز قمة الجذر مطلقاً لان الكتف المبنية عند مدخل القناة تمنعها عن اجتياز الحد المطلوب ، وهذا ما يحتملنا على تفضيل هذه الآلة على سواها في جميع الاعمال التي تجري على قناة الجذر كفتح القناة وتوسيعها واعدادها للحشو وحشوها ايضاً لان القناة تحشى بها حشواً تاماً حتى الملتقى العاجي الملاطي .

٣ - انتقاء الابر الموسعة بموجب خارطة الاستدلال : تبين بعد التدقيق الحديث في عدة آلاف من قنوات الجذور ان موسعات كرم الخروطة ذات الارقام (١٧ و ١٨ و ١٩ و ٢٠) توافق تمام المواقة اقطار القنوات من قمتها الى بعد ٧ مم عنها ، وهي مقطوعة بطول مناسب ومعاادل للطول التقريبي لقنوات الجذور .

فعلى طبيب الاسنان ان يتجه لخارطة الاستدلال المرسومة ادناه فهي

تساعده على معرفة طول القناة التقريبي وانتقاء موسعة مناسبة لها .

✽ خارطة الاستدلال ✽

- (الاسنان العليا) -		
الاسنان	طول جذورها	الموسعات المنتخبة لها
الثنايا	١٢ - مم	رقم ٢٠
الرباعيات	١٢ < مم	رقم ١٩
الانياب	١٧ مم	رقم ١٩
الضواحك الاولى	١٢ مم	رقم ١٨
الضواحك الثانية	١٣ < مم	رقم ١٩
الارحاء الاولى	١٢ < مم	رقم ١٧
- (الاسنان السفلى) -		
الاسنان	طول جذورها	الموسعات المنتخبة لها
الثنايا	١١ < مم	رقم ١٧
الرباعيات	١٢ < مم	رقم ١٧
الانياب	١٥ مم	رقم ١٧
الضواحك الاولى	١٣ < مم	رقم ١٨
الضواحك الثانية	١٤ مم	رقم ١٨
الارحاء الاولى	١٣ مم	الجذر الامامي رقم ١٨ الجذر الخلفي رقم ١٧

بعد انتقاء المواسم اللازمة الموافقة لطول القناة حسب خارطة الاستدلال المذكورة اعلاه تستعمل مبرد دقيقة للحصول على قناة ملساء الجدر تطابق مخروط الذهب عند حشوها به .

تنظيف القنوات قبل حشوها

ان عملية حشو القناة و امر تنظيفها والاعتناء بها من اعظم دعائم النجاح في فن المداواة . وحشو القنوات لا يفيد شيئاً اذا لم نتوصل الى تنظيفها والمحافظة على طهارتها المطلقة في اثناء العمل . فيجب علينا اذا كنا نرغب في النجاح ان تتبع المواد الآتية :

١ - ان تصور السن المرادة معالجتها بالاشعة الكهربائية قبل البدء بالعمل لتتاح لنا معرفة اتجاه مسيرها ونوعها ولنتمكن من مراقبة الحشوة بعد العمل ونعلم ما اذا كانت ناقصة او متجاوزة الحد لان القصد من حشو القنوات سد النهايات الداخلية للانابيب العاجية سداً محكماً وزوال الاخلية بين مادة الحشو وجدران القناة لئلا تجتمع فيها السوائل وتكون بيئة صالحة للتعفن .

٢ - ان يوضع الحاجز الصمغي وتمسح السن بالكحول واليود او بالمكورو كروم (meurochrome) ثم تفتح حجرة اللب بسنبلة معقمة .

٣ - ان تبني الكتف عميقة في حجرة اللب بسنبلة مطهرة مقطوعة الطرف .

٤ - ان يسترشد بخارطة الاستدلال على تعيين الطول التقريبي للجذور و توضع ابرة ملساء في قبضة القياس المدرجة حتى يصل رأس الابرة الى الرقم المعين حسب الخارطة المذكورة انفاً ، و تدخل الابرة في القناة حتى تقف

القبضة باستنادها الى الكتف المبنية في اعلى القناة عند حجرة اللب ثم ترسم السن بالاشعة الكهربائية والابرة في القناة فاذا تجاوزت الابرة حد القمة تنزع من القناة وتقصر حتى يناسب طولها طول القناة وتعاد الصورة ثانية ، فاذا وصلت الابرة الى الحد المطلوب يسجل الرقم الذي وصلت اليه ثم تنظم جميع الابر اللازمة للتنظيف في قبضاتها وتعد للاستعمال .

٥- ان توضع في القبضة ابرة شائكة وتدخل فيها حتى الرقم المعين لطول القناة ويستأصل اللب بها فهذه الوسيلة تثبت لنا ان اللب قد استؤصلت برمتها حتى الملتقى العاجي الملاطي .

٦- ان توسع القناة بالموسعة المتخبة خصيصاً لها حسب الخارطة حتى تقف القبضة مستندة الى الكتف المبنية في حجرة اللب فتكون قد وصلت الى ناحية القمة .
٧- وبعد ان يتم توسيع القناة تبرد بمبرد دقيق مناسب لحجمها لتعود جدران القناة ملساء نظيفة فينطبق عليها مخروط الذهب انطباقاً تاماً .

فتح القنوات الضيقة وطريقة تنظيفها : اذا كانت القناة ضيقة وكان يتعذر على الابر فتحها يستعمل الهيدروزرورسينول (hydroresorcinol) المركب من اجزاء متساوية من حامض كلور الماء (H cl) وهكسيلورزورسينول (hexylo-resorcinol) فيذيب حامض كلور الماء تكلس العاج ويؤلف مادة منحلة لا تعوق القناة كما يفعل حامض الكبريت بما يتركه من الرسوبات . وهذه المادة المنحلة تساعد الهكسيلورزورسينول (hexyloresorcinol) على الدخول توأ وملاسة الجراثيم وهي مضادة شديدة للتعفن تحمل بحاضن العاج بفعل حامض كلور الماء الذي يخترق الطبقات العميقة باذابه للمواد الكلسية .

وهناك واسطة أخرى وهي واسطة المثقب التي تدار كالسنبال بدولاب الحفر غير ان الطريقة الاولى لا خطر منها كالثانية . وقد استعملت الواسطة الثانية في اكثر الحوادث رغم صعوبتها متدأ في عملي فكانت النتائج حسنة وكنت اسأل مرضاي في مثل هذه الحوادث ان يصوروا اسنانهم بالاشعة الكهربية لاستشير بالرسم في عملي .

حشو القنوات والمواد المستعملة في الحشو

لحشو القنوات مواد عديدة . كان السواد الاعظم من اطباء الاسنان يستعملون مخاريط الطبرخي مع سائل الكلوروبرخي في جميع عمليات القنوات التي استوؤصلت لبوبها وهي سليمة او كانت لبوبها متغفرة وشفيت بعد ان عولجت على انهم الان قد انشقوا اقساماً عديدة فمنهم من يستعمل الاسمنت ومنهم من يجذ استعمال ملغمة النحاس والفضة ومنهم من يرجح الذهب الذي سينال مركزاً رفيعاً في فرع المداواة الحديثة كيف لا وهو يتصف بصفات ترجحه على سواء كسهولة حشو القناة به دون ان يطرأ على شكله اقل تبدل او اعوجاج كما يحدث في مخاريط الطبرخي حين ادخالها وعدم تلطيخه للأسنان كما هو الامر في بعض المعادن المستعملة في الحشو ولهذا انتخب الدكتور غروف مخاريط الذهب في حشو القنوات مبيناً افضليته على سواء من المواد حتى مخاريط الطبرخي ايضاً لصلابته التي تمنعه عن الاعوجاج حين ادخاله ولا مكان تعقيمه بالحرارة او بالوسائط الكيماوية ولقياسه على حجم الموسعات المستعملة في تنظيف القنوات وقياسها ، ويتصف الذهب بخاصتين الصلابة والانعطاف معاً فهو يسير باتجاه القناة اذا كانت ملتوية ولا يتأثر من المفزات الراشحة مطلقاً .

ويستطاع اخراج هذه المخاريط الذهبية من القناة قطعة واحدة متى مست الحاجة اما مخاريط الطبرخي فيصعب استخراجها . ويرى الذهب بالاشعة الكهربية ايضاً . ويرجح استعمال النوروليت (neurolite) في القناة بدلاً من محلول الكلوروبرخي وهي مادة راتنجية صغية القوام لا تنفذها السوائل الراشحة وتوضع في حجرة اللب بمص خاص . فتسد فوهات القنوات العاجية لجدار القناة . واول من ذكر هذه المادة الدكتور ناب (Karl w. Knapp) وظهر قيمتها وهي تعرف باسم (condensite) ذراتها متلاصقة لا تحرقها السوائل مطلقاً وتسد اثايب العاج سداً محكماً حتى انها تمنع الجراثيم وذيفاناتها عن دخول الناحية حول القمة . وهي المادة الوحيدة التي يسمح لها النسيج حول القمة بالمرور لانها غير مخرشة للنسيج . وهي بطيئة التجمد تترك للطبيب مجالاً كافياً لإتمام عمله حتى في اصعب العمليات واطولها .

واما الدكتور بكلي وقسم كبير من انصاره فانهم يستعملون مستحضر الدنتينويد (dentinoid) الذي ذكرته في مقال نشر في الجزء التاسع من المجلد الخامس من هذه المجلة تحت عنوان « صيانة حياة لب السن من خطر النخر العميق » وهم يستعملونه بعد مزجه بكحول درجتها ٩٥ مع ابر من الرصاص لحشو القنوات الجذرية وتري حشوته ومخروط الرصاص واضحين بالاشعة الكهربية ولا تضر هذه المادة بالنسيج كما بينت ذلك في المقال السابق ويستطيع استعمالها في جميع انواع المخاريط كالطبرخي والرصاص وسواهما .

شروط النجاح في حشو القنوات

لا بد من توفر الشروط الاتية متى اريد حشو القناة حشواً تاماً :

- ١ - ان تدخل مادة الحشو بتأنٍ فائق وتقرّب باحكام من القطعة الحيوية الباقية في القناة دون ان تحدث ادنى ضغط للنسيج اللين .
- ٢ - ان تملأ القناة جيداً وتسدّها محكماً تلك النقطة حتى ارض حجرة اللب .
- ٣ - الا تتجاوز مادة الحشو ثقب الجذر وان تصل حتى الملتقى العاجي الملاطي .
- واما الادلة التي تبين لنا استعداد القناة لقبول الحشوة فاليكها :
- ١ - الا تكون السن سريعة العطب او حساسة عند القرب الخفيف عليها بآلة معدنية .

٢ - ان يكون الضماد الاخير الذي ضمدت به القناة جافاً عند انتزاعه منها لا لون ولا رائحة له .

٣ - يجب ان تحضر القناة آلياً لقبول الحشوة ومعنى ذلك ان تدق بالتتابع من حجرة اللب حتى ناحية القمة .

٤ - يجب ان تكون الاسنان المجاورة للسن المراد حشوها قناتها سليمة ، فاذا وفر ما ذكرناه من الشروط تحشى القناة في الحال .

حشو القناة بالطبرخي

حشو القنوات الواسعة : - حشو هذا النوع من القنوات يستدعي التدقيق لان ثقبها القمي يكون واسعاً فيخشى من مرور الحشوة الى خارجيه والاضرار النسيج المحيط بالقمة ، ولهذا يرجح البعض حشو القناة الواسعة بمخروط واحد من الطبرخي مناسب لحجمها غير ان البعض الآخر يجزئ الطريقة الاتية لمحسن نتائجها .

يرطب السطح العاجي في باطن القناة بادخال رأس مخروط من الورق

المحفوظ بالاوكليتول ولا يناسب مطلقاً ان يكون السائل كثيراً ، ثم يحمل مخروط الطبرخي المناسب بحجمه لحجم القناة حسب المقايضة المارة المذكورة في الطريقة الاولى ويدخل في القناة الى العمق المطلوب ويرص بلطف ثم تدار الآلة ببطء نحو ربع دورة الى اليمين واليسار حتى نتأكد انها انفصلت عن مخروط الطبرخي ، ويملاً الباقي من القناة بدمج قطع صغيرة من المخاريط تسخن قليلاً على اللهب ويجب ان تضغط اكثر من ذلك لتكشف ويكون مقدار الحصول على كثافة مادة الحشو في القناة متجانساً ويجب ان يزداد قطر الآلة والمخروط كلما اتسعت القنوات .

وقد نجح بليني باتباعه هذه الطريقة العملية ورأى نتائجها حسنة في حشو جذر اكل سده بمادة الاملاء وفضلها على املاء القناة بمخروط واحد طوله كطول القناة .

ولا يخفى ما قد يحدث من استعمال الكلوروبركسي في القنوات المتسعة الثقوب متى تجاوز الحشو حده فاجتناباً لذلك انتخب مخروط الطبرخي المراد ادخاله أولاً موافقاً بحجمه تمام الموافقة لحجم ثقب القمة ليسدها سداً محكماً وعلى الرغم من كل هذا فقد يتجاوز الحشو حده .

فعلى طبيب الاسنان ان يسعى جهده الى اجتناب هذه الحالات بمراقبة القياس مراقبة دقيقة كما مر .

حشو القنوات الضيقة : تحشى القنوات الضيقة بعد توسيعها كما ذكرنا بادخال مخروط صغير دقيق يوافق حجمها وتسد كما مر وصفه . واما القنوات التي لا يستطيع توسيعها لضيقها عن استيعاب ادق الآلات فيكتفى بوضع بضع

قطرات من محلول الكلوروبرخى عند فوهتها وادخاله بآبرة دقيقة وذلك بإدخال الآبرة وجريها مرات حتى تتأكد أن المحلول قد دخلها ثم تضغط قطعة من الطابرخى المسخنة على اللبيب وترص رصاً جيداً فتدفع المحلول في القناة ويكون الحشو حسناً حينئذ .

حشو القنوات بالذهب

(طريقة حديثة)

توضع كمية قليلة من مادة النورولايت المارة الذكر في حجرة اللب بمص وتُدفع في القناة . ويتخب مخروط ذهبي يوافق حجمه تمام الموافقة حجم الآبرة المعين بموجب خارطة الاستدلال والقياس المأخوذ بقياس كرت ثم يربط المخروط بقضبة انقياس ويدخل في القناة فيدفع النورولايت إلى ناحية القمة ، ولا حاجة إلى وضع كمية وافرّة من النورولايت لأن الذهب يلامس جدار القناة تمام الملامسة من قمته إلى بعد ١ مم عنها . والقصد الاساسي من النورولايت هذه ختم منافذ القناة وتثبيت مخروط الذهب . ثم يملأ ما بقي من الحفرة بالاسمنت فيكون الحشو قد انتهى وإذا مست الحاجة إلى انتزاع هذه الحشوة بعد مدة فيسهل اخراجها بالحرارة وذلك بوضع آلة محمية على مخروط الذهب الكائن في القناة فتجميع النورولايت حوله ويجري المخروط قطعة واحدة . والنورولايت الباقية في القناة يستطيع ازلتها بسهولة بالموسعات .



مقتطفات حديثة

ملخصة بقلم الاستاذ شوكت موفق الشطي

(الاستفقاغ (La phlycténothérapie)

تقوم هذه الطريقة بمحقن تحت الجلد بالمصل المستحصل من الفقاعات الحديثة بأحدى المواد الكاوية (الذراريح ، الحروق ، النشادر ٠٠ الخ)

طريقة العمل : يجب ان تكون قياس الذراحة في الاطفال ١٠ - ٣٠ سم مربعاً وان توضع عليها طبقة من القطن ٠ واما في الكهول فيجوز ان يبلغ قياس الذراحة ١٠٠ سم مربع ٠ توضع الذراحة في قسم من الجسد اُمرد او مخلوق غير معرض للضغط او الرضوض لثلاث تمزق وتترك ثمانى عشرة ساعة ٠ يزل القسم العلوي من الفقاعة ويستنشق سائلها بمحقنة من البلور تستوعب ١٠ - ٢٠ سم^٣ مجهزة بآبرة غليظة ويحقن به تحت جلد البطن او الصدر او الفخذ ٠ وتكرر الحقنة على ان تكون الفاصلة بين الحقنتين الاولى والثانية ٨ - ١٢ يوماً ٠

وصف المصل المكون في الفقاع وتحليله : هو مصل ليموني كدر قليلاً في كل لتر

منه ٥٠ - ٦٠ غراماً من الآحين و ٦ - ٧ غرامات كلورور ، تفاعل يفاثا فيه ايجايي يتركب نسيجياً من كريات بيضاء كثيرة النوى عددها بين ٦٠ - ٨٠ في الملمار المكعب و ١٠ كريات بيضاء كبيرة وحيدة النواة و ٥ كريات بيضاء وسطى وبعض خلايا فارشة (اندوتليالية) وتبدر الايوزينيات والاساسيات فيه

على ان هذه الصيغة تختلف باختلاف حالتي المرض والمريض . وليس في هذا المصل جرائم .

خواص هذا المصل الحيوية : اخذ من حيوانات مصابة بامراض انتانية وحقنت به حيوانات اخرى فنشط فيها البلعمة وزاد عدد الكريات البيضاء . واكسبها بعض المناعة

تاثيرات الاستفقاغ السريية : جربنا الاستفقاغ في الدور الثاني من سل الرئة فكانت النتائج حسنة وكنا نكرر هذه الحقن ست او عشر مرات بين كل حقنة واخرى فترة معادلة ل ١٠ - ١٢ يوماً وقد لاحظنا في هؤلاء المرضى ان الحرارة عادت طبيعية وان الاعراض الوظيفية اضمحلت اضمحلالاً تدريجياً (زلة ، سعال ، عرق) وعاد الاشتها والهضم طبيعيين .

وكانت نتائج الاستفقاغ في الامراض الانتانية الحادة كذات الرئة والنزلة الوافدة وغيرهما داعية الى التفاؤل ويجب ان ينتبه للبول وان يفحص كيمياوياً فان ظهور الآحين فيه مانع لاستعمال الاستفقاغ لذلك فاستعمال ذراريح لا يتجاوز قياسها خمسة سنتمترات مربعة واجب على ان نكرر الحقنة مرة كل خمسة ايام وقد اوصى مودنيوس بحقن الاطفال المهددين بالحصبة بمصل فقاعات محدثة في اشخاص ناقمين منها اذ تبين له انها تكسب المناعة بضعة اشهر فيستنتج مما اسلفناه ان هذه الطريقة الحديثة لا تزال في بدئها وسيأتي يوم يسطع به ضياؤها فتكسب مهنة الطب سلاحاً جديداً ماضياً في الامراض العضالة يساعد الطبيب على تخفيف ويلات المريض .

مداواة طلائع الانقباض (Extrasystoles)

أ -- تتجم طلائع الانقباض من افات وظيفية او من انعكاسات (reflexes) سببها ابتلاع الهواء (aérophagie) ، عسر الهضم ، نقرس ، حالة عصبية .

١ -- يحمي المريض حمية معتدلة فيجتنب الشحوم والاطعمة الدهنية والحامضة والنية والنشائية والطحينية واللحوم المقددة

ييطيء في الطعام ويمضغه مضغاً جيداً ، لا يشرب من الماء الا كأساً واحداً اثناء الطعام ويشرب حين انتهاء الطعام فنجاناً كبيراً من منقوع اليانسون النجمي

٢ -- يجتنب التدخين وتناول الاشربة الروحية والشاي والقهوة والارهاق

٣ -- يقنع المريض انه لا اثر للمرض في قلبه .

٤ -- يوصى بالاستشفاء بالماء الفاتر .

٥ -- يتناول خلال عشرة ايام حين اليقظة صباحاً وقبل النوم مساءً فنجاناً كبيراً فيه ماء فاتر مضاف اليه ملعقة قهوة من المسحوق الاتي :

من كل ٥ غرامات	{	كبريتاة الصودا (sulfate)
		ليموناة الصودا (citrate)
		فوسفاة الصودا (phosphate)
		ثاني فحماة الصودا (bi-carbonate)

سكر اللبن (lactose) ١٨٠ غراماً

يتناول المريض المسحوق المذكور في الايام المقبلة العشرة يوماً بعد يوم اي انه ياخذ المسحوق يوماً ويتركه يوماً اخر ولا يستعمله في العشر الثالث من الشهر الا يومين في الاسبوع .

- ٦ - يعطى في الايام العشرة التالية من الشهر المذكور كل يوم حبة من الفاردنال (gardénal) فيها سنتغرام واحد منه .
- ٧ - يعطى في الايام العشرة التي تعقبها ثلاث ملاعق قهوة اثناء الطعام من الشراب الآتي :

برومور الصوديوم	١٠ غرامات
شراب قشر النارنج	٣٠٠ غرام

ويعطى بعدها مدة عشرة ايام حبة بعد كل طعام بساعتين في كل منها ٠٤١٠ خلاصة حشيشة الهر (Ext. de valériane) ويشرب بعدها فنجاناً من منقوع ورق النارنج

ب - وقد يكون سبب طلائع الانقباض آفة قلبية (التهاب الحجاب الواقع ما بين الاذيتين والبطينين)

١ - - تعالج كالسابق ويضاف الى المعالجة السابقة استعمال كبريتاة السبرتئين ٠٤٠٥ (sulfate de spartéine) تؤخذ حبتان منه في اليوم .

٢ - - او تستعمل جوب من الكينيدين سيفي كل منها ٠٤٢٠ على ان يعطى منها في اليوم ثلاث حبات حبة قبل كل طعام وذلك مدة اسبوع ثم يستريح المريض خمسة ايام وبعود الى استعمال الكينيدين او السبرتئين وهكذا دواليك

٣ - - يحى المريض حمية معتدلة على ان يتناول اللبن يوماً واحداً في الاسبوع .

٤ - - يشي الهوياء ويتنزه في السهول

- ٥ - يستعمل صبغة العنصل فيأخذ منها ستين قطرة موزعة على ثلاث مرات في اليوم .
- ٦ - يستعمل الثيوبرومين (théobromine) فيعطى منه ١٠٥ في اليوم في ثلاث برشانات .

٧ - اذا كان المريض مصاباً بالزهري -ولج معالجة نوعية .

الارغوسترين المشع (l'ergostérine irradiée)

كثير البحث في السنة الماضية عن الارغوسترين واخذ المتقصون بدققون في فوائده واستطباته وجهزت منه مستحضرات خاصة لقبت باسماء مختلفة حسبما تراى لمجهزها (اراسترين بيللا « Irrastérine Byla ») اوفسترولاوفه (Uvesterol Uvé) وفيغنتول مرك (Vigantol Merck)

عرف منذ عهد قديم ان زيت كبدا الحوت نافع في الخرع (rachitisme) وقد اوضحت البحوث عامي ٢٧ و ٢٨ ان في زيت السمك حيويئناً (فيتامين) وان نفعه في الخرع ناجم من احتوائه على المادة المذكورة . وقد جرب بعض المؤلفين معالجة المخروعين بالشمس لما لاشعتها مافوق البنفسجية من الفائدة . وقد اصبح زيت السمك واشعة الشمس او اشعة مافوق البنفسجي منذ ذلك الحين افضل العلاجات في الخرع .

ثم بحث المتبعون فظهر لهم ان اشعاع بعض الاطعمة والزيوت باشعة مافوق البنفسجي يكسبها خواص مضادة للخرع فسهلت معالجة المرض المذكور

سهولة عظيمة وعاد شفاء المخروع بعلاجات يعطونها بطريق المضم امرأ مستطاعا وقد ثبت لوندوس (Windaus) ان الاشعاع بالاشعة المذكورة يحول طليعة الفيتامين (provitamine) في بعض الاطعمة والزيوت الى فيتامين مضاد للخرع وان زيت السمك يحوي الفيتامين لا طليعته فهو مفيد اذن بدون اشعاع . وقد بدا لويندوس ان خلاصة الجويدار المهمازي (ergostérine) امتى أشعت أصبحت فيتامينافشعها واستعملها في جرذان معرضة للخرع باطعامها اطعمة خاصة فأتضح له ان عشر الميغرام يكفي لوقاية الجرذ من الخرع فاعلن منذ ذلك الحين ان الارغوسترين المشع هو فيتامين (د) المضاد للخرع .

جرب الفيختول في ٢٥ طفلاً مخروعين اعمارهم بين ٣ - ٩ اشهر فتم لهم الشفاء باستعمال ١ - ٤ ميغرامات يوميا منه .

ويعتقد جيروغي (Gyrogy) ان فائدة الفيتامين (د) لا تنحصر في الخرع الطفلي بل في التكرز (tétanie) الحقيقي (مرفن) ولين العظام (ostéomalacie) وقد ذكر جيروغي مشاهدة امرأة لها من العمر ٤٨ عاما اصببت بلين العظام مراراً ولم يفد خزع المبيضين فيها اقل فائدة فاعطيت الارغوسترين المشع فتحسنت حالتها في اسبوعين واصبحت قادرة على السير بعد ان كانت مقعدة .

وصفوة القول ان الارغوسترين المشع ايا كان شكله مفيد في الخرع فهو بقي منه ويشفيه وفي التكرز (tétanie) وفي لين العظام .

وقد جرب في فاقة الدم الحبيشة وفي بعض اضطرابات الطمث وفي المولودين قبل الميعاد وفي سل الرئة فأفاد .

المقادير المستعملة : لا يجوز ان يزيد المقدار عن ٥ ملغرامات في الطفل و ١٠

ملغرامات في الكهل في اليوم الواحد لان المقادير العظيمة قد تكون خطرة .
كيف يستعمل الارغوسترين المشعم : لا ينصح (Hess) ولويس (Lewis)
 باعطاء الاطفال يوميا اكثر من ملغرام في معالجة الحرج ونصف ملغرام في
 الوقاية منه .

ويجب ان يكون المستحضر حديثا ما امكن لان القديم يفسد .

مداواة التهاب الاوعية الصفراوية الحادة

تعرقل التهابات الاوعية الصفراوية الحادة احد الامراض العفنة فتبدو بالم
 في ناحية الكبد وازدياد الحمى ، او رمل المرارة فتبدو بارتفاع الحرارة .
المعالجة : تقوم

١ - بالراحة في الفراش

٢ - باتباع حمية مائية وشرب السوائل بغزارة : ماء قراح او منقوعات
 معطرة : شاي ، زيزفون ، نعناع ، مليسا . ثم يتبع المريض حمية لبنية فيتجرع
 من اللبن المزالة قشده لترآ فلتراً ونصف اللتر فلترين فلترين ونصف اللتر في
 اليوم على ان يؤخذ متقطعاً (فنجان كل نصف ساعة) . وذا تقززت نفس
 المريض من اللبن اعطي لبناً خائراً . وقد ينجم من اللبن في بعض المرضى
 اسهالات نتنة فيجب ابداله حينئذ بمرق الحضر او الحبوب . ويجوز ان يضاف
 قليل من الطحين او التيوكا او طحين العدس او الحمص الى الحساء بعد حين ثم
 يجوز ان يضاف الى الطعام قليل من الزبد الطري فمعقدات الفواكه ويسمح

بعد ذلك بالحمية اللبنة النباتية والطحينية

٤ - تطلى ناحية الكبد بصفصافة الاميل (salicylate d'amyle)
وتستر برفادات رطبة حارة ويكرر استعمالها

٤ - اذا لم تسكن الالام بهذه الطريقة نوضع محفظة الثلج على الناحية

٥ - ويجوز اذا كانت الالام شديدة ان يوضع في شرج المريض شياف
فيها ٠،٠١ مورفين او يحقن تحت جلده بـ ٠،٠١ مورفين ونصف ملغرام
لفاحين (atropine)

٦ - يعطى المريض يوميا ١٠٠ اوروترويين مجزئة ثلاث جرعات في
الصباح والظهر والمساء

٧ - يحقن شرج المريض بلتر ماء مغلى بارد ومتى خرجت الحقنة يحقن
ثانية بـ ١٠ غرام ماء فاتر مضاف اليها غراما صفصافة الصودا اوست قطرات
لودنم وتكرر هذه الحقنة الاخيرة مرتين او ثلاث مرات

٨ - يحقن الوريد والعضلات بحجاجة سبتيسمين (septicémine) .

٩ - يستعاض عن الاوروترويين بعد مدة بالزئبق الحلو فيعطى منه ٠،٠٥
في اليوم او تعطى الصفراء او احدى خلاصاتها

١٠ - يثابر على هذه المعالجة اسبوعين او ثلاثة اسابيع اذا كان سير
المريض معتاداً واما اذا ساءت الحالة العامة وكان الانتان وخيما وانحبت الصفراء
فيجب التوسط الجراحي وتخفيض الطرق الصفراوية

الاقياء الدورية في الاطفال

قد يصاب الولدان في الطفولتين الاولى (زمن الارضاع) والثانية باقياء دورية ناكسة فيعترى الرضيع او الطفل فجأة قيء طعامي فصفراوي تنتشر منه رائحة تشبه رائحة الكلورفورم او الخلون (acétone) وتستمر نوبة القيء يوماً او يومين او ثلاثة ايام وقد تستمر سبعة او ثمانية ايام فلا يستقر الطعام في جوف الطفل فيهزل جسمه ويضعف وقد يموت . وقد تصحب ذلك بعض الاعراض العصبية وتخور القوى ويفقد الماء . وتنتهي نوبة القيء فجأة كما بدأت فتعود صحة الطفل الى مجراها الطبيعي وقد تتكرر النوب تعالج هذه الحالة بـ :

- ١ - اراحة الطفل في غرفة هادئة يسود فيها السكون ، نورها ضئيل .
- ٢ - يكتفى باعطاء الطفل ماء فيشي او فلس
- ٣ - اذا كان هزال الطفل شديداً او خشي منه تجرى له حقن من محلول الفلوقوز قطرة فقطرة

٤ - متى اخذ الطفل يتحسن يعطى اولاً لبناً قشده مزالة او منقوع الخضر ويعطى اذا استمر التحسن وانقطع القيء وكانت سنه مساعدة مسحوق البطاطا فالعقدات فطعام مركب من خضر ولبن وماء

٥ - يعنى بحالة مسكنه بان تكون غرفته موهوة جيداً ويعرض للشمس وان يفرك جسده بقفاز من جلد (gant de crin)

٦ - تستعمل من الادوية ليمونة البوتاس ٢ غرام
ماء مغلى ١٢٠ غراماً

يعطى من هذا العلاج ملعقة قهوة كل ساعتين مدة عشرة ايام

٧ - يعطى في العشرة الايام التي تليها نصف قدح من ماء فيشي قبل كل
من الطعامين الاساسيين

٨ - يثابر على اعطاء المياه القلوية

طريقة حديثة في مداواة النملة بالاستبوال الذاتي (auto - uro - thérapie)

جوزان وباليوغ : يعتقد ج وب ان النملة مرض ناجم من التحسس
(maladie de sensibilisation) والتسمم الذاتي (النملة في المحروقين والمصابين
بداء بريث وبالسرطان) ويقترح معالجتها بحقن جلد المصاب بالبول . يؤخذ
البول وتطهر خمسة سم منه بقطرة فنول (phénol) ويحقن تحت الجلد به
على ان يبدأ بنصف سنتمتر مكعب فستمتز مكعب فستمتز ونصف
السنتمتر فستمتزين فتثلاثة فخمسة . وقد عولج مرضى بهذه الطريقة
فبرئوا جميعاً

داء الذئب الاحمراري وملاح الذهب

عالج الحكماء هودلو ورايو وغكس مريضاً مصاباً بداء الذئب الاحمراري
في الوجه بحقن ورده بكميات قليلة من ملاح الذهب بالكريزولين (crisalbine)
والاوروبوس (aurophos) فمات مغشياً عليه بعد ان اصيب بانزفة متعددة وقد
شاهد الحكيم برونيه حادثة مات فيها المريض بعد ان حقن بالكريزولين مرتين

ورأى مريضين آخرين مات أحدهما في الشهر الأول والثاني بعد الشهر الرابع . وقد وقع الموت على اثر اصابتها بالنزفة متعددة : فرفرية ، نزف الفم ، قي ، الدم ، تقوط الدم ، بيلة الدم ، نزف الرحم ، نزف الدماغ .

احصاء عن ١١٠ حالات سل عولجت بالذهب

استعمل الحكماء كورديه ، غيار ، كرل التيو كريسين (hiochrysine) بمقادير صغيرة : ٢٥ ، ٠ في الاسبوع . وقد بدأوا أولاً باستعمال ١٠ ، ٠ ، ١٥ ، ٠ . ف ٢٠ ، ٠ . واتموا المعالجة حتى بلغ مجموع المقدار المستعمل ٣ غرامات فكانت النتائج حسنة في بعض الحوادث .

عوارض المداواة بالذهب : بسيطة في نظرهم وهي غثيان وقمه وحس ثقل في الناحية الشرسوفية واسهالات وغزارة الطمث . وقد تكون وخيمة وتوجب الانقطاع عن المداواة كالنفاس والبيلة الاحينية والتهاب الكلية والتهاب اللثة والاسهالات الغزيرة والانزفة واليرقان . وتنجم هذه العوارض من اعطاء مقادير كثيرة

لذلك يجب الاستعمال ملاح الذهب في من كانوا مصابين بالتهاب الكلية او ببيلة آحينية بسيطة مستمرة او بكباد (مرض كبد) او في من كانت امعاؤهم متقرحة .



مطبوعات حديثة

سفر التكوين

هو كراس يقع في ٦٤ صفحة بحث فيه مؤلفه الغني عن الشهرة الاستاذ جبر ضومط بحثاً نظرياً فلسفياً عن كاتب هذا السفر وقد صدره برسم رئيس الجامعة الاميركانية في بيروت الدكتور بيرد ضودج وبمقدمة موجزة مبينة فيها ما لهذا الاسرة من الفضل على الجامعة .

الخواطر العراب في النحو والاعراب

هو كتاب مدرسي يبحث في علم النحو وسلك مؤلفه الاستاذ جبر ضومط في تأليفه مسلكاً مبتكراً مزيلاً الحشونة التي تحوق بهذا العلم ومعيداً اياه سهل المثال لذيد المطالعة طبعه في المطبعة الادبية في بيروت على ورق صقيل وبرزت منه الطبعة الثالثة في السنة ١٩٢٨ الامر الدال على رواج الكتاب وتوافد الطلبة عليه . ولا عجب اذا قابل العالم العربي هذا المؤلف بما يستحقه من الاعجاب ومؤلفه الرجل الذي اشتهرت ابحاثه في البلاد الناطقة بالضاد فالى حضرة المؤلف اخلص تهانينا بمؤلفه الجزيل الفائدة .

(La saignée blanche)

هي عنوان مجلة يصدرها عن نيويورك محل -The Denver Chemical Manufacturing Company تناول الابحاث الطبية القيمة المختلفة وتطبع باللغات الفرنسية والانكليزية والالمانية والاسبانية والايطالية والبرتغالية والصينية واليابانية وقد كنا نتمنى لو ان اللغة العربية التي ادت للطب في عصر حضارة

العرب خدمات جليلة تقصر عنها أكثر اللغات التي تطبع بها هذا المجلة قلنا كنا
 نتمنى لو أن لغتنا نالت حظوة في أعين مدراء هذا المعمل الكرام فأصدروا هذه
 المجلة باللغة العربية ووزعوا أجزاءها في البلاد العربية مكتوبة بلغة الضاد اذن
 لكان يقبل الاطباء والصيادلة على قرائتها بلهفة وشوق ولو كان معظمهم يحسن
 بعض اللغات الاجنبية ولعلمهم يفعلون هذا .
 والمعمل مستعد لارسال اجزاء هذه المجلة النفيسة على صغرها مجاناً الى
 جميع الاطباء والصيادلة الذين يرغبون في مطالعتها .

الدكتور

مرشد فاطر



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٢٩ م الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٤٧ هـ

جزء خاص بضمك البحر المتوسط

سألت مجلة التذكرة الطبية (Bulletin Médical) التي تصدر عن باريس الدكتور تراپو استاذ السريريّات الباطنة في معهد دمشق على اثر انتشار الضنك في سورية ولبنان ومصر ان يتولى انشاء حد اجزائها ويجمع فيه اراء الذين شاهدوا وافادات الضنك في هذه البلدان فقام بمهمته حتى القيام ودبج جزءاً صدر في الرابع عشر من ايلول سنة ١٩٢٩ . ولما كانت الابحاث التي طبعت فيه قيمة يحسن بقراء مجلة معهدنا الكرام الاطلاع عليها رأينا ان نخصص هذا الجزء لنشر هذه المقالات الممتعة بعد ترجمتها عن اللغة الفرنسية
« رئيس الانشاء »

نمراه

بقلم الدكتور تراپو استاذ السريريّات الباطنة في معهد دمشق
وطبيب المستشفيات العسكرية
ترجمها الدكتور مرشد خاطر

نشرنا في شهري تموز وآب المنصرمين جزءاً من مجلة الطب وعلم الصحة درسنا فيه داء المتحولات (amibiase) درساً مجملًا واستعنا في انشائه بالاطباء السوريين فقط . ونحن ننشر الآن هذا الجزء مستقين مواده من اطباء بلدان

ثلاثة كان لها مجدها الزاهر في التاريخ من اثينا عاصمة اليونان ودمشق عاصمة الامويين والقاهرة عاصمة مصر راغبين في جعل اتحاد طبي بين هذه المدن الثلاث التي كان لها القسط الاكبر في المدنية الحاضرة بعد ان لعبت التجارة والعلوم والفنون دورها في توحيد هذه الاقطار وانا نعتزم هذه الفرصة موجهين الى مواءمة الكرام اخلص عواطف شكرنا لما جادوا به علينا من الافكار السديدة كيف لا وهم يقدرون فائدة هذه المبادلة الفكرية قدرها ويذكرون المقام العلمي الرفيع الذي بلغته بلدانهم في العصور السالفة وما كان لها من الاثر في علوم الغرب الحاضرة كما انهم لا ينسون ما للعلم الغربي ولا سيما الفرنسي في يومنا من التأثير في مدنيّتهم .

وموضوع عملنا المشترك الذي نشرع به الان هو ضحك البحر المتوسط الذي كان يغشى حيناً بعد آخر مصر واسية الصغرى واليونان حتى اسبانية وشواطئ افرقية الشمالية . وغايتنا التي نسعى وراءها هي تعيين الصفات التي يتصف بها هذا الضحك ومقابلتها بفات اضناك البلاد الحارة الاخرى لانتازي ان الابهام يحيط بهذه القضية وان طرحها على بساط البحث لتنجلي دقائقها امر لا مندوحة عنه . فهل الضحك الذي نشاهده على ضفاف بحر الروم هو الضحك الذي يغشى الهند واميركة وجزر اوقيانية ؟ سواء ل نراه في تضاعيف المقالات التي جادت بها عقول زملائنا الكرام ولا نرى بداً من ابداء رأينا فيه فتقول: اذا ما تصفحنا التاريخ الطبي وجدنا ان الضحك كان يظهر بالخاصة على ضفاف بحر الروم الشرقية في سورية وتركية ومصر واليونان وكان ينتشر منها الى الشرق احياناً غير ان اشد انتشاره كان الى الغرب متبعاً في سيره طرق المواصلات البحرية

كما هي الحال في الامراض الوبائية المنتقلة باللامسة من الانسان الى الانسان ان الوافدات التي غشت بلداننا هذه كانت سريعة حتى انها كانت تشل المواصلات في المدن الكبرى (ساكورافوس ، مرشد خاطر) وتخيل الى الناظر اليها ان العامل المرضي في هذا الوباء راشح ينتقل من المريض الى السليم انتقالاً سريعاً وينتشر انتشاراً هائلاً شبيهاً بانتشار عامل النزلة الوافدة دون ان يتصف بالخطر الذي تتصف به هذه (ساكورافوس ، مرشد خاطر ، سامي بك) .

فهذا كله يضاد تمام المضادة الفكر السائد اليوم والقائل بانتقال الضنك بالبعوض لان البعوض يظهر ويموت في المكان الذي بدافيه ولا يجوب البلدان كما يفعل السنونو . واذا جاز لنا ان نسلم بانتقال الضنك بالبعوض كان علينا ان نسلم ايضاً بان هذا الجيش اللجب منه لتعلل به انتشار الضنك من الجنوب الى الشمال في اسية الصغرى ومن الشرق الى الغرب ومن الغرب الى الشرق في ارجاء البحر المتوسط كافة .

ورب معترض يقول بما ان الضنك يتبع طرق المواصلات البحرية افلا يحق لنا ان نسلم بانتقال البعوض بالبواخر ونقله المرض الى الاصحاء في تلك البلدان التي رست في موانئها هذه الجواري ؟ اجل هذا مستطاع اذا نحن سلمنا بانتقال مليارات المليارات من هذا البعوض لتعلل به مئات الوف الاصابات في المدينة الواحدة خلال اسبوعين او ثلاثة اسابيع او اذا نحن سلمنا بسفر مريض في احدى البواخر ومهاجمة البعوض له بالالوف والملايين فور وصوله ونقلها العامل المرضي منه الى الاصحاء . لا نهمل ان البعض قالوا بان جيوش البعوض كانت لجة في اثينا حين انتشار الضنك فيها في صيف سنة ١٩٢٨ (بان ، كومينو بتروس) غير ان

البعض الآخر اثبتوا ان البعوض لم يكن حين انتشار وافدة الضنك في بلدانهم باكثر عدداً من السنوات الاخرى كما في الاسكندرية (مدام بانايوتاتو) وفي دمشق (مرشد خاطر ، سامي بك) سنة ١٩٢٧ . وعدا ذلك فقد غشا الضنك في سورية بلاداً واقعة في جبال مرتفعة قلما يعيش بها الناموس وفي فصول باردة لا يقوى البعوض على تحمل بردها (مرشد خاطر) ونزيد على ذلك ان البعوض سواء اُكان عديداً ام قليلاً يبدو في صيف كل سنة وفي الاماكن نفسها والامراض التي ينقلها تظهر ايضاً بظهوره فهي فصلية مثله بيد ان ضنك المتوسط لا يتصف بهذه الصفة لانه متقطع الظهور يبدو سنة وينقطع سنوات (ساكورافوس ، مرشد خاطر) .

لا نجعل ايضاً ان اختبارات بلن و كومينو بتروس اللذين نبلا بعوضاً ارقش (stégomya) ملوثاً من اثنا الى جزيرة ميرابلو شرقي جزيرة كريت الى مكان منفرد بعيد عن المواصلات التي قد تنقل اليه العدوى ولحقها به اشخاصاً بقصد الاختبار تثبت ان الضنك ينتقل بالبعوض وان تكن هذه الاختبارات قد اجريت في اليونان قرية من الامكنة الموبوءة . غير ان نجاح هذه الاختبارات لا يجلو الامر المظلم الذي نعالجه . فان بلن و كومينو بتروس وغيرهما من المختبرين الموزرين قد نقلوا الضنك بحقنهم الاصحاء تحت الجلد بصل المرضى وماوخر البعوضة التي لوثت خرطومها بدم المريض الملوث الانوع من الحقن تحت الجلد قامت به البعوضة عوضاً عن ابرة الحقنة . فلا يثبت هذا اثباتاً جازماً ان الضنك ينتقل بالبعوض والبراهين التي ذكرناها آنفاً لا تزال دامغة تثبت العكس . واخيراً نقول ان نوع البعوض الذي تقع عليه مهمة نقل الضنك في اثنا هو البعوض

الارقش (بلن ، كومينوبتروس) ييدانه في سورية الكولكس (غراهم وعرداتي) كل هذا يبين لنا ان سبب الضنك وطرق انتشاره لا تزال مجهولة وان فيها اموراً غامضة لا بد من كشفها . والاطباء الاثينيون ليسوا متفقين جميعهم فان كلامياتنوس يتعجب لان الضنك في القرية التي يقطنها لم ينتشر مع ان الناموس الارقش فيها عديد ومع ان بعض الاشخاص قد عادوا من اثينا مصابين بالضنك وقد رأته رنه اولمن ابوستولو وجورج ابوستولو اللذان درسا الضنك في كفالاً ان هذا الداء بعد ان اصاب بعض العملة الآتين من اثينا انتشر انتشاراً وبائياً راعبا على الرغم من جميع الاحتياطات التي اتخذت في مكافحة الناموس وان شدة انتشاره وقعت في الايام الباردة حين كان البرد قد قضى على البعوض فكان يدخل البلد فيصرع سكانه جميعهم وينتقل منه الى مدن لا اثر للناموس الارقش فيها كما كانت عليه النزلة الوافدة (grippe) في سنتي ١٩١٧ و ١٩١٨ يستنتج من هذه الآراء المتناقضة ان سبب ضنك البحر المتوسط لا يزال عليه ستار من الغموض غير ان مجموعة الآراء التي فناها نعين بعض النقاط . منها ان ضنك المتوسط مرض يختلف كل الاختلاف عن حمى الايام الثلاثة وانه اذا كان انتقاله بالبعوض الارقش ممكناً فليس هو الطريقة الوحيدة في العدوى . اما من الوجهة السريرية فيسير الضنك المتوسط كما يسير الداء النفاطي . والنفاط هو القاعدة المطردة ساكورافوس ، ارافتسينوس ، مدام بانايوتاتو ، مرشد خاطر ، سامي بك) فهو نفاط خاص يختلف عن النفاط العرقي الذي يظهر في البلاد الحارة في سياق عدد من الافات وفي بدء ضنك المتوسط ايضا (ساكورافوس ، مدام بانايوتاتو ، سامي بك) . والضنك كسائر الامراض

النفاطية مسبب من عامل راشح مولم بالجهاز العصبي (سا كورافوس) وهو كالحصبة مرض مبطل للتفاعل (anergisante) (ارافتينوس) يخفف الحقة بمصل الناقمين فيه النفاط كما في سائر الامراض النفاطية الاخرى (ارافتينوس) فهل تنطبق هذه الصفات التي يتصف بها ضنك المتوسط على اضعناك البلاد الحارة ؟ يقول لنا المؤلفون الذين شاهدوا ضنك البلاد الحارة على شواطئ البحور الكبيرة كالاقويانوس الهادي والاقويانوس الاطلانتيكي والاقويانوس الهندي انه مرض يغشى الاراضي المنخفضة اي المستنقعات . وهو حسب رأيهم مرض موضعي مصلي يبدو كل سنة في المكان نفسه ولا ينتشر الى البلاد المجاورة فهذه الصفات في الانتشار تشابه كل الشبه صفات البرداء وطرز تفشيها .

لا يهجر ضنك البلاد الحارة اذاً المكان الذي نشأ فيه كما يهجر ضنك المتوسط . ولكن أیظهر النفاط في كليهما على السواء يا ترى ؟ ان اورماي في الصين لم يشاهد ابداً النفاط في مرضاه . وكذلك لیبولد روبرت لم يره في سيام ولا روجرس في الهند ولا فسال وبروشه في تونكن ويقول المؤلفان الاخيران ان ما يظنه البعض نفاطاً خاصاً بالمرض ليس سوى نفاط عرقي وهذا ما دعا روجرس وغرل الى تسمية هذه الاضعناك الكاذبة وما دعانا الى القول باختلاف هذين النوعين احدهما عن الاخر . ولسنا نعتقد من جهة ثانية ان الضنك يفقد نفاطه بمروره من البحر المتوسط الى شاطئ الاقويانوس الهادي . وكثير من زملائنا يشاركوننا في هذا الرأي . فدفعاً لهذا الشك المستولي على عقول الكثيرين يترتب على العالم الطبي ان يوءلف لجنة تسمى لجنة الضنك . فيعهد اليها في الصيف القادم حين ظهور اضعناك البلاد الحارة بالذهاب

الى تلك البلدان لدرس الضنك فيها وبعد ان تعرض اجساد المرضى للدغ عدد من الناموس الارقش والكولكس تأتى بهذا البعوض بالطيارات بعد اسبوع فتلقح به بعض الاصحاء في بلد من بلدان بحر الروم خال من الضنك . ومتى ظهرت وافدة من الضنك على شواطئ البحر المتوسط . كان على هذه اللجنة ان تجري الاختبارات ذاتها فتلوث عدداً من الناموس الارقش والكولكس وتنقله الى شواطئ الاثلاثيك او الاوقيانوس الهادى . فتلقح به الاصحاء . فاذا فقد ضنك البحر المتوسط نفاطه بانتقاله الى البلاد الحارة او اذا اكتسب ضنك البلاد الحارة نفاطاً بانتقاله الى شواطئ البحر المتوسط . كان الضنك نوعاً واحداً لانوعين فيبقى حينئذ امر واحد لا بد من جله وهو هل البعوض هو العامل الناقل وحده للضنك ام ان هناك عوامل اخرى .

ان تحقيق هذا البرنامج يحتاج الى همة احد الممولين العظام الذين يفارون على العلم والسير وراء الحقائق او الى لجنة علم الصحة في جمعية الامم التي لانرى اجدر منها في تحقيق هذا الامر وستبقى في دمشق هذه المدرسة التي تبشر بانتقال الضنك بالملامسة ما زال النقب لم يرفع عن وجه هذه القضية ولكنها متى جاء العلم بما يقتض مبدأها تعود الى الاقرار بخطاها وتسر لانها كانت الدافع الاكبر الى هذه التحريات والتوصل الى الحقيقة .



لمحة تاريخية

عن ضنك البحر المتوسط

للحكيم ترا بواستاد السريريات الباطنة في معهد الطب بدمشق

وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كتابة لمحة تاريخية عن ضنك البحر المتوسط مهما تحدي فيها الايجاز امر لا يخلو من الصعوبة وهذا ما يحدونا الى محاولة هذا الامر لان تاريخ ضنك البحر المتوسط قد ضمه المؤلفون الى تاريخ اضرارك البلاد الحارة فعلياً ان فصله عنه اولاً . ونحن نعتمد في امرنا على اراء روجرس وبروشه وفسال واورماي الذين عرفوا معرفة صادقة اضرارك البلاد الحارة وقالوا عنها انها اضرارك لا نفاط فيها ونترك جانباً الاضرارك التي لا تصنف بنفاط حصبي او قرمزي الشكل عاديها من نوع مختلف عن ضنك البحر المتوسط . ثم اننا ننبذ ايضاً وافسادات حمى الايام الثلاثة التي عدها خطأ كثير من المؤلفين ضنكاً وادخلوها في تاريخ ضنك البحر المتوسط ونعتمد في عملنا على مدة الحمى فكل حمى لا تتجاوز مدتها اليومين ولا يصحبها نفاط ليست ضنكاً ولا علاقة لوافدتها بتاريخ الضنك . ومتى عرفنا هذا جاز لنا ان نبدأ بكتابة كلمتنا عن تاريخ الضنك في القرنين الاخيرين .

وافدة الضنك الاولى هي الوافدة التي درسها درساً دقيقاً غابرتي (Gaberti) سنة ١٧٧٩ بدأت في القاهرة وانتشرت منها الى شواطئ شبه جزيرة العرب والعجم والافغان في الشرق والى اليونان وافريقية الشمالية في الغرب .
ثم مرت خمس سنوات فبدت وافدة ثانية سنة ١٧٨٤ في كاديس وسافيل درسها كريستوبل كوبيلاس وميناتو وعرفا خواص الداء البائية واعراضه السريرية الاساسية كمفاجأة ظهوره وسرعة انتشاره وظهور النفاط فيه وقد سميا المرض اسماء عديدة مستمدة من شكل النفاط ولونه .

وانطفاً خبر الضنك بعدئذ حتى السنة ١٨٢٥ اذ ظهرت وافدة جديدة في القاهرة وانتشرت كالوافدة التي تقدمتها سنة ١٧٧٩ الى الشواطئ العربية .
واختفى الضنك عشر سنوات ثم ظهر في القاهرة وشبه جزيرة العرب ايضاً .
وفي سنة ١٨٧١ ذكر وفراي وافدة منه في بورت سعيد وفي سنة ١٨٨٤ ظهر في سورية وفي سنة ١٨٨٨ في اسبانيا الصغرى جميعها وفي سنة ١٨٨٩ بدت وافدة ازميز وقد وصفها دبرون وصفاً جميلاً وقال عنها انه قد اصيب من سكان المدينة وعددهم ٢٠٠٠٠ نسمة ١٥٠٠٠ نسمة في خلال بضعة اسابيع .
وقد ظهرت الوافدة في الوقت نفسه في بلاد اليونان وكانت قد غابت عنها عشر سنوات (بوزيس) وفي سنة ١٩٠٤ ظهرت وافدة ثانية في سورية ثم غاب الضنك عنها عشر سنوات وعاد الى الظهور سنة ١٩١٤ (دبرون) وفي سنة ١٩١٦ شاهدتها اطباء جيش الشرق الفرنسيون في الدردنيل في معسكر زيتونليك وعلى شواطئ بحيرة دوارو في مقدونية (ابرامي ، ارمن ، دليل ، سريرلي) وفي سنة ١٩١٧ ظهر الضنك في دمشق ثم غاب عنها عشر سنوات وعاد الى الظهور في بيروت وضواحيها

سنة ١٩٢٧ وفي دمشق حيث شلت الحركة في احد احيائها في خلال بضعة ايام ولم يمر شهر او أكثر حتى ظهرت الوافدة في الاسكندرية ومالطة وتونس واثينا (بوزيس) وربما في مرسيلية ايضاً . وفي آب من السنة التالية ظهرت وافدة اثينه فاصيب من سكانها ٤٠٠٠٠٠ وهم لا يعدون أكثر من ٦٠٠٠٠٠ خلال اسبوعين ومنها انتشرت الى تونس (كونساي ودورن) والجزائر (بينوك) ومراكش ومرسيلية حيث ظهرت بعض الاصابات .

هذه هي الوافدات التي ظهرت في مناطق ضنك البحر المتوسط قد اتينا على ذكرها باختصار .

.

نستتج من هذه الوافدات وتوارىخ ظهورها اموراً جدية بالذکر اولها ان ضنك البحر المتوسط يظهر وافدات متقطعة وليس كل سنة كما هي عليه البرداء وحى الايام الثلاثة اللتان تظهران في كل صيف حين فقس البعوض وان الفترات التي تفصل الوافدة عن الاخرى قد تكون كبيرة فهي قد بلغت ١٠ و ١٥ سنة كما رأينا . فهذا ما يميز ضنك البحر المتوسط عن اضناك البلاد الحارة التي تظهر في صيف كل سنة وفي الاماكن نفسها حين فقس البعوض .

وثانيها ان وافدات الضنك تظهر اولاً في ميناء بحرية كبيرة ثم تنتشر منها الى المدن الداخلية قليلاً غير انها تفضل السير على الشواطىء البحرية ولهذا رأينا الوافدات التي ذكرناها قد بدأت في كاديس والبيره واثينا وازمير والاسكندرية والقاهرة وقد جابت في هذين القرنين الاخيرين شواطىء البحر المتوسط جميعها

فاستحق الداء اسم ضنك البحر المتوسط . فظهور هذه الوافدات تميز ضنك البحر المتوسط عن اضمناك البلاد الحارة التي تظهر على الشواطىء ايضا غير انها تختار الاراضي المنخفضة والمستنقعات وتحصن فيها وتعود اليها في صيف كل سنة دون ان تنتشر منها الى الخارج وهي تخاف المرتفعات بيد ان ضنك البحر المتوسط لا يخافها كيف لا وقد ارتقى جبال لبنان وغشا قرى يبلغ ارتفاعها ١٢٠٠ و ١٨٠٠ متر عن سطح البحر (ديرون ، مرشد خاطر) .

وثالثها ان وافدات ضنكنا تختار بلدان الشرق الادنى ولا ترضى عنها بديلاً فان بوءها الاساسية هي في الغالب مصر وسورية وشواطىء اسية الصغرى . وهي تنتشر على الرغم منها على شواطىء جزيرة العرب وقد توجه الى الشمال حتى الدردنيل غير انها اكثر اتجاهاً الى الغرب نحو اثينة ومالطة والشواطىء الافريقية فليس البحر الاحمر مهد ضنكنا كما يزعم غرل بل الشرق وهو لا يتجاوز قناة السويس الا متردداً كانه يخاف ان يضع صفاته باقترابه من البلدان الحارة لان اضمناك هذه البلدان لا نقاط فيها .

وهو يتعرض لهذا الخطر بذهابه الى الغرب ولهذا نراه ينتشر وان نادراً الى مالطة واذا تجاوزها فلا تكون رحلاته الا قصيرة .

يقال ان الضنك ينتقل بالبعوض غير انه قد ظهر في مرسيلية والبعوض الارقش نادر فيها وقد تردد عن زيارة الجزائر حيث الجيوش اللجة من البعوض (آب سنة ١٩٢٨ بينوا)

وأخراها امر لم ينتبه له الاطباء الانتباه الكافي وهو سرعة انتشار الاوبئة واصابتها خلال اسبوعين او ثلاثة اسابيع ١٥ او ٤٠٠ الف نسمة كما وقع في

ازمير واثينه فاذا اقررنا بانتقال الضنك بالبعوض الارقش افلا يجب علينا ان
نتمثل امامنا في زمن الوافدات جيوشاً من البعوض قد هاجمت المدن المصابة
فحجبت عنها نور الشمس .

افلا يترتب علينا ان نقر ايضاً حين انتقال الضنك من بلد الى اخر بانتقال
هذا البعوض من البلد الملوث الى السليم كما يتقل الجراد . مع ان سكان
اثينا لم يذكروا في شهر آب سنة ١٩٢٨ انهم رأوا جيشاً من البعوض قد غشى
سماهم ولا سكان دمشق في سنة ١٩٢٧ قد القوا التهمة على البعوض الارقش
حين نفشي الضنك في احد احيائهم نفسياً راعباً لانه كان يظهر في حيزهم الموبوء
كما كان عليه في الاحياء الاخرى التي يتفشى فيها الداء .

.

قد انهينا هذه اللمعة التاريخية الموجزة والاستنتاجات التي تستخلص منها
واهمها اخراج ضنك البحر المتوسط من صف الاضناك الاخرى ما زالت
التحريات والاختبارات قاصرة عن اثبات كونه منها لان النفاط الاحمر في
ضنك البحر المتوسط يلبس هذا الضنك لحلة الكردينالية اما الاضناك الاخرى
وقد حرمتها فهي حاشيته ومن صف الاكلير يكيين .



ملاحظات جديدة

عن اعراض الضنك وسرايته

للدكتور ساكورافوس استاذ السريريّات الطبية

في معهد الطب باثينه

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

اجتاح اثينه في شهر آب من السنة المنصرمة وباء شديد الوطأة فاصاب خلال ٢٠ - ٢٥ يوماً ٤٠٠٠٠٠ نسمة من سكان عاصمتنا الذين لا يزيدون عن ٦٠٠,٠٠٠ فشلت حركة التجارة في الاسواق واغلقت مخازن المدينة وساد الناس ذهول عظيم من جراء هذا الضيف الثقيل الذي هجر بلادنا اليونانية منذ ١٢ سنة ولم نر له في خلالها اثرأ غير انه بعد هذا الهجر الطويل قد عاد الينا بطله وزمره ففاجأ مدينتنا هذه المفاجأة على غير انتظار منا واجبر هذا العدد العظيم على ملازمة اسرهم .

يقول المؤلفون الذين شاهدوا الضنك وعالجوه انه مرض ينتقل بالبعوض وقد اثبتت الاختبارات الدقيقة التي اجريت في استرالية انتقال هذا الداء بالناموس الارقش . ولسنا ننكر ان هذا الناموس كان كثير العدد في بعض احياء اثينه غير انه كان قليلاً جداً في بعض احيائها الاخرى وقد شاهد احد زملائنا الضنك في مرتفعات لا اثر فيها للناموس . ورأينا نحن مرضى عددين

في اسر خمس مختلفة اصببت فيها الامهات والاشخاص الذين كانوا يقومون بخدمة المرضى بعد شفاء هؤلاء وتوسف جلودهم بنحو من اسبوع . فهل تنسب هذه الاصابات الى التاموس نفسه ام ان العدوى انتقلت اليهم باللامسة من المريض الى السليم ؟ وهل الضنك مرض عفني سار ؟ وهل نقله الى اثينا اليونانيون الذين كانوا في اسية الصغرى الموبوءة حين عودتهم اليها ؟ اننا لا نستطيع جواباً غير ان هذا الوباء الذي انتشر هذا الانتشار الهائل يمثل لنا النزلة الوافدة التي اجتاحت اوربة بعد الحرب الكبرى دون ان يكون خطراً كذلك ويحملنا على الظن بانه منسوب من فوعة راشحة (virus filtrant) .

دلت الاختبارات التي قام بها بلن وكامينوبتروس في اثينه ان للبعوض دوراً مهماً في نقل العدوى . ولكن هل البعوض وحده المامل الناقل ام ان هناك واسطة اخرى ؟ اننا لا نجيب عن هذا السؤال الذي يحيط به الغموض لان الضنك قد ظهر في اماكن لا اثر فيها للبعوض الارقش .

ولكن الامر الذي لا نشك فيه هو كون الضنك مسببا من فوعة راشحة وكون مصلى المرضى اذا حقن به الاصحاء تحت جلودهم او في اوردتهم يحدث فيهم مرضاً مماثلاً للضنك بعد الحقنة الوريدية باربعة او خمسة ايام وبعد الحقنة الجلدية بسبعة الى ثمانية ايام وقد اثبت هذا الامر اختبارات بلن وكامينوبتروس هذا ما نقوله عن سرية المرض اما مشهده السريري فلا يخلو من بعض النقاط التي تستحق الذكر .

الضنك مرض نقطي : اننا لاحظنا مع رئيس سريريّات شعبتنا الحكيم فلوروس نفاطاً باكراً يظهر بعد بدء المرض بيومين او ثلاثة ايام وهو نفاط احمراري مستقر

في الوجه والتقسم العلوي من الجذع غير ان هذا النفاط ليس نوعياً (spécifique) لان النفاط النوعي يتأخر ظهوره وهو متعدد الاشكال . فهو يبدو غالباً في اليوم الخامس او السادس ويرافقه ارتفاع في الحرارة ويظهر اولاً على اليدين وقد رأينا في بعض المرضى شرى ووذمة كينك الحقيقية في بدء المرض .

وكان معدل ظهور النفاط البدئي في الحوادث التي شاهدها ٢٠ - ٣٠ ٪/٠ . واما النفاط النوعي فلم يقل معدله عن ٧٠ ٪/٠ وكان يلي هذا النفاط توسف فريري كثير شبيه بتوسف القرمزية ترافقه حكة سببها التهاب ادمي بشريسي متيج ودمامل ناجمة من تعفن الدم بالمكورات العنقودية (staphylococcie) المضاف الى الضنك .

الضنك مسبب من فوعة راشحة : هذه الفوعة مولعة بالجهاز العصبي وقد توءثر فيه برمته . ادھشنا ورئيس سريريائنا الحكيم فوروس من امرها انها تختار الجهاز المنبت (système végétatif) فان التهاب الاعصاب المتعدد ولا سيما التهاب النسا (sciatique) من الاعراض الثابتة في هذا الداء كما ان الامراض العصبية التي يكون المريض مصاباً بها قبل مرضه كالسهم (tabès) والتهاب النخاع الشوكي (myélite) تشتد بعد ظهوره .

كان احد مرضانا مصاباً منذ زمن بالتهاب النخاع الشوكي فاصابه الضنك وقضى اثر خشكريشات واسعة . وقد شاهدنا التهابات سحايا والتهابات دماغ . وكان البزل القطني الذي نجريه يدل على ازدياد توتر المائع الدماغي الشوكي الذي كان يتدفق تدفقاً من الابرة غير ان الفحصين الكيماوي والخلوي لم يبيديا فيه اقل تبدل . وكان المرضى يشكون حصرآ (angoisse) واضطراباً شديداً ونوب هرع

(hystérie) دالة على ولع الفوعة بالجهاز العصبي .

ولكن ايجيز لنا هذا ان نصف للضنك شكلا عصبيا ؟ لا بل ان الضنك متى اصاب مرضى عصبيين تشد هذه العوارض العصبية فيهم اما متى اصاب الاحداث والاشخاص الاقوياء فلا يحدث هذه العوارض واذا بدت فيهم كانت خفيفة لا يعاب بها فلا حاجة والحالة هذه الى وصف اشكال عديدة للضنك كما جرت العادة حتى الآن لان تعدد اشكاله ظاهر لا جوهرى فان لكل مريض ضربا من التفاعل يدافع به عن نفسه ازاء المرض غير ان الاعراض الثانوية مهما تفرعت وتعددت لا تخفي الاعراض الاساسية العامة كالصداع والعصابات (algies) المتنوعة والنفاط والقمة التام والوهن الشديد الذي يستمر طويلا في زمن النقه . فليس للضنك اذا شكل عصبي ولا شكل نرزي لان الانزفة التي ترافق المرض كقيء الدم ونفثه والرعاف ليست كافية لافراز هذا الشكل . لانسنا لاحظنا ان المضموكين الذين كانوا يصابون في سياق ضنكهم بقيء الدم كانوا يشكون قبل اصابهم به تشوشات معدية دالة على اصابهم بقرحة المعدة او الاثني عشري الكامنة وكذلك القول في من كانوا يصابون بنفث الدم اثناء ضنكهم فانهم كانوا يشكون قبله اعراضا دالة على سل رئوي قديم ولسنا نعني بهذا ان الضنك مرض مؤه للسل كالحصبة . لان هذه الادواء التي كانت سابقة للضنك كانت تعود الى ما كانت عليه قبل الاصابة به دون ان تشد اعراضها العامة او الموضعية . واننا لا نجاري دبرون بقبول الاشكال السريرية الستة التي وصفها : الصداعية ، والنفاطية والمعدية والرئوية والنزفية والتامة . لان الشكل التام وحده هو الشكل الذي نقر به فهو يضم الاشكال الاخرى جميعها .

وقد وصف طيبان يونانيان ليفيارتو وفغليانوس شكلاً خفيفاً بدون حمى مدته يومان او ثلاثة أيام .

ولكن هل هما مصيبان في مشاهدتهما ياترى ؟ او لم تكن تلك الحادثات حمى الايام الثلاثة التي تشاهد في كل سنة وتظهر والضانك في آن واحد ؟ ووصف الطيبان المذكوران ايضاً شكلاً كبدياً ودعماً رأيهما بالضخامة التي كانا يشاهدانها في الكبد . ولكن احتقان الكبد في سياق الضنك امر عادي فالضانك مرض من امراض البلاد الحارة التي تكثر فيها البرداء وتضخم فيها الكبد متأثرة بهذه العوامل المشتركة فقصور الكبد في الضنك وكثرة وقوعه فيه لا يدعو اذن الى العجب واذا استثنينا هذين الطيبين اللذين وصفا الشكل الكبدي لا غير لا نجد لهذا الشكل ذكراً في المؤلفات .

اما انذار المرض فليس سليماً كل السلامة كما يظن فقد رأينا ان الضنك يشبه آفة كامنة في الاثني عشري او المعدة وانه يحدث احتقاناً رئوياً في سياق سل رئوي خفيفة اعراضه وهو قد يجهض الحامل ويميت الشيوخ والمضانين بامراض عضوية سابقة ولا سيما المصابين بالداء السكري والتهابات الكلية .
والاصابة الاولى بالضانك تقي المريض اصابة مقبلة واذا اصيب به ثانية كانت الثانية خفيفة سليمة .



بعض مشاهدات

عن وافدة الضنك في اليونان

للدكتور انتاس ارافتينوس

استاذ السريريّات الطبية في معهد اثينا الطبي

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

بدأت وافدة الضنك في اثينا في احد احياء المدينة شبيهة بوباء محلي منذ
 اواخر صيف ١٩٢٧ ثم اجتاحت المدينة واستفحلت في صيف ١٩٢٨ وقد
 انقطعت الوافدة هذا الانقطاع ولم تكمل سيرها الذي بدأت لان فصل الشتاء
 البارد داهمها فوقفها عند حدها وهذا دليل على انتشار الضنك بالبعوض . وقد
 اجبنا في مؤتمر القاهرة الطبي الذي عقد في كانون الاول عن الاسئلة التي وجهها
 الينا زملاؤنا الاعلام الاختصاصيون بامراض البلاد الحارة داعمين حجتنا هذه .
 انني لا اجد وجهاً تمييز ضنك البلاد الحارة عن ضنك البحر المتوسط لان
 الضنك الذي نفشي في اليونان ينتقل بالبعوض الارقش وقد اثبتت هذه القضية
 اختبارات مستوصف باستور اليوناني التي قام بها بن وايونيوس وكومينو بتروس
 ومانوسا كيس فانهم قد نقلوا الضنك الى اشخاص اصحاء بعد تعريض اجسادهم
 للدغ بعوض ارقش كان قد اغتذى بدماء مريض مصابين بالضنك . ولم تثمر
 اختباراتهم مع الانوفال والكوكلكس .

وفضلاً عن ذلك فقد اثبتت المشاهدات السريرية هذه القضية التي حقق

فيها المخبر فان المدن والقرى واما كن الاصطياف التي لا بعوض ارقش فيها لم يتفش الضنك فيها على الرغم من وقوع بعض اصابات بالضنك جيء بها من الخارج ومن الازدحامات والاجتماعات العديدة في الفنادق وغيرها . فلو كوفع البعوض في اثينا منذ ظهور الضنك وقبل انتشاره لما كنا رأينا هذا الوباء الشديد والمسألة الثانية التي اتضحت لنا بعد وافدة الضنك هذه هي الاختلاف البين بين الضنك وحى الايام الثلاثة حتى ان خلط احد المرضى بالآخر لم يعد جائزاً بل اصبح من الامور المستكرة .

اننا نشاهد في صيف كل سنة وافدة صغيرة من حى الايام الثلاثة في عاصمتنا . وقد رأينا في الصيف الماضي اشخاصاً اصابوا اولاً بحى الايام الثلاثة ثم بالضنك . وشاهدنا ايضاً مريضاً اصاب بالضنك في مكان لا بعوض فيه بل فيه من الساكت (phlébotome) فقط فلم ينتش الضنك في ذلك المكان

فجميع هذه الحادثات التي شاهدناها مراراً عديدة لا تدع سبيلاً للشك في انتقال الضنك بالبعوض الارقش .

وعدا ذلك فليس في المشهد السريري الذي وضعه المؤلفون عن ضنك البلاد الحارة اقل اختلاف عن مشهد الضنك الذي انتشر في اليونان ورأينا باعيننا .

فاعراضه الاساسية هي الحمى المزدوجة الانحناء والالام والتنفاط والعوارض النزفية اما الحمى فتعبط بعض الهبوط في اليوم الثالث غير انها تعود الى الارتفاع في اليوم الرابع ولا تعبط هبوطها الاخير الا في اليوم السادس ومن الحوادث ما تستمر فيه الحمى الى اليوم السابع او الثامن . وقد لاحظنا ان الحرارة تبلغ اقصى

ارتفاعها في الايام الثلاثة الاخيرة ونهبنا الافكار لهذا الامر خلافاً لما يحدث في البلاد الحارة وقد نسبنا ذلك الى كون البيئة اليونانية مناسبة للضئك لانه لم يزر اليونان منذ زمن مديد فان الحرارة قد ارتفعت في بعض الحادثات الى ٤٣ وقد افضت الى الموت .

وليس النفاط البدئي كثير الوقوع فهو يظهر بالخاصة على الوجه وقلما يظهر في مكان اخر وظهوره عليه مع التهاب المنضمة وهو عرض كثير الحدوث يهب المريض منظرأ خاصاً .

اما النفاط الاساسي فيظهر غالباً في اليوم الرابع وقد يظهر بعد هبوط الحرارة . ومقره المنتخب ظهرا اليدين ووجها العضدين الوحشيان ونحن نعهده حادثاً دالاً على قصور البنية عن الدفاع لان الالام ترافقه وكثيراً ما تنتج فيه العقد البلغمية .

والالام عرض كثير الوقوع في الضئك غير انه ليس عرضاً ثابتاً فيه وكثيراً ما تكون شديدة حتى انها تدفع المريض الى الانتحار . وهو عرض مسبب من ولم فوعة الضئك بالجهاز العصبي ولهذا كنا نرى تشوشات دماغية ولا سيما في من كان جهازهم العصبي لطيفاً وضعيفاً حتى ان عدداً منهم سيق الى البيمارستان والعوارض النزفية كثيرة الحدوث ايضاً وهي اذا رتبناها حسب كثرة وقوعها :

الرعاف وقيء الدم وتغوط الدم ونزف الرحم ونفث الدم و بول الدم ولم يكن انذار هذه الانزفة وخيماً مطلقاً . وانا نذكر من الاعراض الاخرى مسا كان اكثرها وقوعاً واشدها وطأة على المريض كتشوشات الذوق فمنهم من كان يشعر بطعم مرّ واخرون بطعم حلو كان يستمر اياماً عديدة بعد هبوط الحمى .

ونكس الضنك ليس نادراً ولا هو كثير الوقوع وأكثر حدوثه في اليوم السادس او السابع ولم يقع مطلقاً قبل اليوم الرابع او بعد اليوم العاشر . وسببه في الغالب الافراط ولا سيما في التعب . وربما كان النكس معادلاً بشدته للاصابة الاولى .

ويهب الضنك المصاب به مناعة ان لم تكن مطلقة فهي كافية لتقي السواد الاعظم اصابة ثانية . فمتى حقن شخص مصاب بالذنك في اثناء ظهور النفاط الاساسي فيه بمصل نافه من هذا الداء خفت الاعراض الشديدة في المحقون الامر الدال على ان في مصل الناقهين اضداداً (anticorps) .

.....

هذه هي الصفات الاساسية التي يتصف بها الضنك الذي شاهدناه في اليونان .

وارغب قبل ان اختم هذه العجالة في ان اقول بضع كلمات عن ضنك الاطفال . اصيب الاولاد في اليونان كما اصيب سواهم خلافاً للرأي السائد في البلاد الحارة غير ان المرض كان خفيف الوطأة عليهم فقد شاهدنا في الاسرة التي كان يصاب معظم افرادها ان ضنك الاولاد فيها كان خفيفاً جداً او كان لا يشعر به البتة . فلم يكونوا يشعرون بالالام ولم تكن حرارتهم تستمر اكثر من ثلاثة او اربعة ايام حتى تهبط هبوطاً نهائياً

ولم نشاهد فيهم اذا استثنينا الرعاف عوارض نزفية اخرى . والنقص فيهم سريع اما في الكحول فطويل جداً ومزعج . وقد شاهدنا الضنك في رضيع عمره عشرة ايام ولدته امه وهي مصابة بالذنك في اليوم الذي هبطت حرارتها فيه .

اختبارات

عن

طريقة عدوى الضنك في اليونان

للدكتور ج . كامينو بتروس
رئيس مخبر

للدكتور جورج بلن
مدير

مستوصف باستور في اثينه

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

قد اثبتت اختبارات عدد من المختبرين ان الضنك مرض ينتقل بوخز البعوض . فقد ظن غراهم واشبورن وكرغ ان العامل الناقل هو الكوكاكس غير ان تحريات كلالن ويردي وبورتن ومكدونالد التي اثبتتها ووسعتها اولاً اختبارات سيلر وهل وهتشنز فيما مضى ودقت فيها مؤخراً تحريات شول اوضحت ان البعوض الارقش (*stegomya*) وحده هو العامل الناقل .

غير ان اراء علماء الصحة لم تجمع على نسبة هذا الامر الى البعوض الارقش حين الوافدة الاخيرة التي اجتاحت بها الضنك شواطئ بحر الروم سنة ١٩٢٦ وانتشر في اليونان ذلك الانتشار الرابع سنة ١٩٢٨ . وقد دعا الى هذا التباين في الاراء امران الاول ظن البعض ان البعوض الارقش قليل الانتشار في اليونان والثاني ظن البعض الاخر بان الضنك وحى الايام الثلاثة رمضان

ينتقلان بالبعوض الساكت (البعوض الواخز للوريد « phlébotome ») كل هذه الامور شوشت الافكار فكان بعضهم يعتقد ان الضنك في البلاد الحارة ينتقل بالبعوض الارقش وربما بالكولكس وانه في شواطئ البحر المتوسط ينتقل بالبعوض الساكت . غير ان التحريات التي قمنا بها ومكنتنا من اجرائها وافدة الضنك التي غشت بلاد اليونان في صيف سنة ١٩٢٧ قد اعادت الامور الى مواطنها .

اما تمييز الضنك عن حمى الايام الثلاثة فقد اجمعت عليه اراء الذين شاهدوا وافدة الضنك هذه في اليونان حتى لم يعد من مجال للزيادة .

واما توزع البعوض الارقش في اليونان وكثرته فيه فقد عرفناهما الآن معرفة دقيقة فقد وجد يقول هذا البعوض في سالونيك واعلنه سنة ١٩١٦ وقد رآه جويو في ايتيا (Itea) سنة ١٩٠٨ وقد رأينا منه العدد الكثير في كنا (Canée) سنة ١٩٢٠ ثم رأيناه بعدئذ مع لانجرون في كندي ولم يكن نادراً في قرى مقاطعة هاركلابون الجبلية .

واننا لنقر ان عالم الطفيليات بروله الذي انطوى ذكره قد سبق جميع هؤلاء الى ذكر البعوض الارقش سنة ١٨٣٢ في اثناء حرب الموره واعلن كثرته في بلوناز غير انه دعاه الكولكس الكونوبي (Culex Counoupi) .
ووصفه وصفا دقيقا ينطبق كل الانطباق على البعوض الارقش .

٦ - الاختبار

لقد تمكنا بعد اختبارات عديدة من ان نبين ان البعوض الارقش في اليونان هو العامل الناقل للذنك وان الكولكس لا يصلح لهذا الامر . وقد بينا ايضا ان البعوض الارقش الذي جمعناه من بيوت اثينيه حيث تفشى الضنك

كان ملوثاً بعامله وانه نقل الضنك بوزنه للاصحاء وانا نذكر هنا باختصار الاختبارات التي قمنا بها .

الامر الاول : يعود البعوض الارقش بعد ان يغذى بدم مريض مصاب بالضنك ملوثاً بعامل هذا الداء . وكذلك القول في البعوض الذي جمعناه من ائينا من بيوت مرضى مصابين بالضنك .

فتيناً لهذين الامرين قمنا بالاختبار الآتي : اعدنا فئتين من البعوض الارقش الفئة الاولى منها جمعناها من ائينا وغذيناها ثلاث مرات متوالية بدم مرضى مصابين بالضنك . والفئة الثانية جمعناها من غرف فيها مضموكون . ولم نجر اختباراتنا في ائينه لئلا يكون الاشخاص المختبر بهم في زمن الحضانة فيشوش علينا هذا الامر صحة اختبارنا بل اجريناها بعيداً عن الأماكن الموبوءة بالضنك في جزيرة صغيرة واقعة في خليج ميرابو شرقي كريت بعيدة ومنعزلة عن اسباب العدوى .

تطوع لاختبارنا ثلاثة اشخاص فحقنهم تحت جلدهم بمدقوق سبع بعوضات رقشاء كنا جمعناها منذ ثمانية ايام في ائينه بعد تمديده بالمصل الخلقي . فاصيب الاول بتفاعل بعد الحقنة بسبعة ايام والثاني بعدها بثمانية ايام والثالث بتسعة ايام . وتطوع آخرون فحقنهم بمدقوق ست بعوضات رقشاء ممدد بالمصل الخلقي غير ان هذه البعوضات التي كنا قد جمعناها من ائينا كانت قد غذيت منذ اربعة ايام بدم مريض مصاب بالضنك فحدث تفاعل في الشخصين بعد الحقنة بسبعة ايام .

الامر الثاني : البعوض الارقش بعد ان يتلوث بدم مريض مصاب بالضنك ينقل هذا الداء بوخزه الصحيح بعد ان يكون قد مرّ على تلوثه تسعة ايام و يبقى محافظاً على قوته الملوثة هذه ما لا يقل عن مائة وخمسة عشر يوماً .

وقد اثبتنا هذه القضية باختبارات عديدة قمنا بها لا ينفصح المجال لذكرها هنا ولكننا تقتصر على ذكر واحد منها لانه يكفي لاثبات القضية .

اخذنا بعوضاً سليماً ونعني بذلك بعوضاً قمنا بتفقيسه في المخبر ولوثناه باطعامه ثلاث مرات متوالية من دم المصنوكين في اليومين الاول والثاني من مرضهم .

ثم غدينا هذه البعوضات بدم اصحاء في مكان خال من الضنك ومنعزل عن الامكنة الموبوءة وذلك بتعريضنا اشخاصاً للدغ هذا البعوض في ايام مختلفة فمنهم من عرضوا في اليوم السادس بعد تلوث البعوض ومنهم في اليوم ٩ و ١٢ و ٢٠ و ٢٨ و ٣٤ و ٤٤ و ٥٣ و ٦٤ و ٨٥ و ٩٢ و ١١٥ فاصيب الاشخاص جميعهم بالضنك ما عدا الشخص الذي وخزه البعوض في اليوم السادس .

الامر الثالث : البعوض الارقش المجموع من بيت ظهر فيه الضنك يكون ملوثاً ويستطيع نقل المرض بالوخز .
والى القارىء الطريقة التي بينا بها هذه القضية .

جمعنا عدداً من البعوض من احد احياء اثينا حيث الضنك متفشٍ وعرضنا للدغه ثلاثة متطوعين بعيدين عن موطن الوباء فاصيب احدهم بعد تعريضه للدغ ثلاثين بعوضة بعد التعرض بثمانية ايام .

الامر الرابع : الكوكس بعد ان يغذى بدم المصنوك ويتلوث به لا يستطيع

نقل الضنك .

اخذنا ثلاثة انواع من الكوليكس وغذيناها اربع مرات بدم مرضى مصابين بالضنك كنا قد غدينا بدمائهم البعوض الارقش الذي اجرينا به اختباراتنا . ثم عرضنا ثمانية اشخاص للدغها في الايام ٥ و ١٠ و ١٥ و ١٨ و ٢٢ و ٢٨ و ٣٤ و ٧٢ فلم يحدث اقل تفاعل في احد منهم . ولم يعد دمهم ذا فوعة (virulent) .

فاذا كانت هذه الاختبارات جميعها تكفي لاثبات طريقة عدوى الضنك في الارجاء التي درسنه فيها فان من المفيد ايضاً على ما نرى ان ندرس طرز نفسيه لانه يوضح ويثبت ما جاء به المخبر .

٣ - دوس الوبابة

ما من مجهل ان وباء الضنك في صيف ١٩٢٨ كاد يصيب في اثينا جميع سكان العاصمة لان الذين نجوا منه كانوا قد اصابوا به قبلاً او اصابوا بنوع خفيف لم تشد اعراضه لتضطرهم الى النوم في اسرتهم . وقد انتشر هذا الوباء الى القرى المجاورة المحيطة بالعاصمة ولم يكد ينجو منه مكان يزدحم فيه الناس .

نجد على الطريق الممتد من اثينا الى الؤيس (Eleusis) على الطريق القديم المقدس المعد للاحتفالات الدينية . وعلى بعد ثلاثة كيلومترات من العاصمة فئة من العمالة تشتغل في معمل البارود يبلغ عددها ١٤٠ عاملاً يضاف اليهم زهاء ٢٠٠ نسمة تتألف منها عيالاتهم و عيالات اخرى انضمت اليهم فكان من هؤلاء جميعهم عدد كبير فبعد ان تفشى الضنك في اثينا انتشر اليهم في صيف ١٩٢٨ فلم يكد ينجو منهم احد .

وعلى الطريق نفسه وعلى بعد ١٤٠٠ متر من معمل البارود وقبل دير دفي نجد مستشفى الدوموكاسيون المعبد للمجانين وفيه ٦٠٠ مريض وزهاء ١٤٠ شخصاً آخرين للقيام بتمريض هؤلاء المرضى وخدمتهم .

وعلى بعد ٥٠٠ متر من المستشفى نجد قرية يقطنها زهاء ٣٠٠ ملتحج .
ففي المستشفى لم يصب احد بالضنك وفي القرية لم يصب احد من سكانها القاطنين فيها بل اصاب بعض العملة الذين كانت تضطربهم اشغالهم الى العمل في البيرة ولم تسبب اصابتهم بالضنك انتشار الداء في القرية .

وقد زرنا معمل البارود والمستشفى والقرية ونحن نورد الان ملاحظاتنا عن تلك الزيارة لانها على جانب عظيم من الافادة

١ - مستشفى الدوموكاسيون : يتألف هذا المستشفى من ١٦ جناحاً مبنية في قطعة من الارض مساحتها اربعة هكتارات في سفح جبال اغاليان والى جانب المستشفى ربوة كوريدلوس التي يستمد منها ماء يجتمع الماء في خزان مغلق بعيد منفرد تسير منه قناة مغلقة ايضاً تنقل الماء الى خزان آخر مبني خارج دائرة المستشفى تجتمع فيه ايضاً مياه الابار المحفورة في اراضي المستشفى وهذه الابار مغلقة اغلاقاً حسناً كالخزان يدفع منها الماء الى الخزان بالات رافعة ، ثم يصل الماء الى كل من الاجنحة بقنوات مغلقة حيث يجتمع في خزان آخر صغير مغلق ايضاً لا يكفي الا اثنتي عشرة ساعة فقط . ولم نجد اثراً للماء حول القنوات التي تسير فيها المياه ولم نر في ارض المستشفى غلب تلك فارغة او غيرها من الاواني التي تصلح لفقس البعوض . وحقيقة الامر اننا لم نر البعوض الارقش اثراً في المستشفى . اما البعوض الواخر للوريد فلم يكن نادراً فيه ولا الكوليكس

ايضاً التي كانت تتوالد في البطائح الصغيرة المكونة من ماء الشتاء والايام الاولى من فصل الربيع والقرية من المستشفى .

فالبعوض الارقش وهو الحشرة الاهلية لم يكن يخرج المستشفى الشروط الملائمة لنموه او على الاقل الكافية لذلك النمو كما كانت تجد الكوليكس .

ولهذا نجح مستشفى دروموكاسيون في صيف سنة ١٩٢٩ من الضنك كل النجاة ولم تحدث فيه اصابة واحدة مطلقاً لا في المرضى ولا في المستخدمين غير ان بعض الاطباء والمرضى الذين ذهبوا في بدء وافدة الضنك الى ائنه عادوا منه مصابين بالضنك وقد ناموا وعولجوا في المستشفى نفسه ولم يصب غيرهم به . وهذا ما دعا مستخدمي المستشفى الى الانقطاع عن زيارة المدينة كل مدة الوافدة وما منع الاصابات الجديدة عن الحدوث في المستشفى .

٢- معمل البارود وقرية المتجنين : يشتغل في شركة البارود ١٤٠ عاملاً يقطنون ٨٥ بيتاً والى جانب هذه البيوت قامت بيوت اخرى يسكنها زهاء ٤٠٠ نسمة .

اصيب من العملة في وافدة الضنك ١٢٥ نسمة ومن السكان الاخرين نحو ٣٠٠ وقد اصيب غيرهم بضنك خفيف لم يضطرهم الى ملازمة اسرهم فلم يحصوا بين المصابين والحقيقة هي ان جميع سكان معمل البارود ومن التف حولهم قد اصيبوا بوافدة الضنك .

بعد ان درسنا سبب تفشي الضنك في تلك البقعة هالتنا كثرة الناموس الارقش المنتشر في البيوت ولم تصعب علينا معرفة السبب في كثرة البعوض لان تلك البيوت المبنية بناء بسيطاً وان تكن نظيفة وجامعة لاسباب الراحة

تستمد ماءها بقنوات تفرغ الماء في خزان صغير مكشوف واقع وسط بستان .
وقد رأينا بعد ان فحصنا هذه الخزانات فحصا دقيقا ان جذرها في قسمها الواقع
فوق سطح الماء بقليل مغشى بالوف الالوف من ييوض الناموس الارقش وان
عدداً عديداً من السرف (larves) كان يسبح على سطح الماء .

وتقع قرية الملتجئين على بعد ٢٠٠٠ متر من معمل البارود على طريق
الوزيس وهي تختلف كثيراً عن المعمل فعوضاً عن البيوت الحسنة البناء المتوفرة
فيها الشروط اللازمة للسكن ترى بيوتا حقيرة لا ماء فيها والى جانب كل بيت
تجد حظيرة لم يسقف الا قسم منها ياءوي اليها الغنم ليلا لان سكان هذه القرية من
قرويين ازمير الذين اعتادوا تربية الاغنام في بلادهم الخصبة فلم يتركوا عاداتهم
هذه في بلاد جرداء كالبلاد التي يقطنونها اما المياه عندهم قليلة ولا تكفيهم
مياه الابار التي يحتفرونها بل يستقون الماء من ينابيع بعيدة ويجمعونها في براميل
من الحديد مسدودة سداً محكماً محافظين عليه حفاظهم على شيء ثمين ففي اعلى
البرميل ثقب لصب الماء وفي اسفله صنوبر يفتح لاستقاء الماء حين الحاجة
وليس في تلك القرية برك مفتوحة يجتمع فيها الماء .

و يغسل اللاجئون اثوابهم خارجاً قرب بيوتهم فلا تجد في القرية
ماء مستنقعا ولا اوعية مفتوحة مملوءة ماء ولا كوكس ولا بعوض ارقش اما
الساكت (phlébotome) فكثير جداً ولعله يجد في روث الغنم مكانا ملائماً
لفقس بيوضه .

لم يصب بالضنك من سكان هذه القرية الفقراء وعددهم اكثر من ٣٠٠
نسمة سوى بعض العملة الذين ذهبوا الى البيره للعمل فيها اما سكان القرية

الذين لم يغادروها فلم يصابوا بالضنك على الرغم من ملاستهم للمرضى الذين
جلبوا الداء معهم ومن العدد الذي لا يحصى من البعوض الساكت ومن ازدحام
العيل في تلك البيوت الضيقة .

وصفوة القول ان مستشفى درومو كاسيون وقرية اللاجئين لم يصابا بالضنك
في اثناء وافته على اثنا اما المستشفى فلان ادارته الحسنة لم تترك للبعوض
الارقش سبيلا للفقس في جواره واما في القرية فلان الصدفة وقلة المياه ادت
الى النتيجة نفسها .

فهذه المشاهدات الثلاث تثبت الدور الذي يلعبه البعوض الارقش في
نقل الضنك وينبغي عمل البعوض الساكت وهي ليست باقل دلالة من
اختبارات المخبر .



وافدة الضنك في الاسكندرية (مصر)

سنة ١٩٢٧

للدكتورة أ. بنايوتاتو

مديرة العيادات الصحية والمخبر

في مستشفى الاسكندرية اليوناني

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

حلت وافدة الضنك في خريف ١٩٢٧ على الاسكندرية فاصابت عددا
عديداً من سكانها .

بدأت اولاً باصابات قليلة منفردة ثم انتشرت انتشاراً سريعاً حتى انها كانت
تصيب افراد الاسرة جميعهم بلا استثناء . وكانت تشبه في بعض الاحيان وباء
موضعيلاً فلا تحمل بيننا واحداً دون ان تدخله ولا اسرة دون ان تصيبها .
وقد وقعت الاصابات الاولى في بيوت الاغنياء وكانت اصابتهم فجائية :
الام قطنية شديدة والام مفصلية وحى كانت تضطر المرضى الى ملازمة اسرتهم ،
صداع موهلم جداً مع ميل لا يغلب الى القيء ، لسان كتن جداً متسع مسطح
يختلف منظره عن منظر اللسان التيفي .

صفات المرض العامة : بعد حدوث الاصابات الاولى المتفرقة التي اشبهت

بالحمى المعوية او بالنزلة الوافدة تحقق ان الداء شديد السراية لانه كان يصيب جميع افراد الاسرة في البيت الذي يدخله .

قبول الاشخاص للمرض : كان يصيب المرض جميع الاشخاص على السواء مهما كانت اعمارهم : الاولاد والكهول والشيوخ ومهما كان جنسهم : النساء والرجال ومهما كان طرز معيشتهم : الاغنياء والفقراء .

ويظهر ان زمن الحضانة كان ٦ - ٧ ايام لان الاشخاص الاصحاء الذين كانوا يأتون المدينة كانوا يصابون بالضنك بعد مكثهم فيها زهاء اسبوع . ولم يكن يظهر كل مدة الحضانة اقل عرض دال على الاصابة وبدء المرض كان فجائياً فبينما الشخص يتمتع بصحة جيدة وانا بمرارته قد ارتفعت الى ٣٨ - ٣٩ وبالام قد اعترته في مفاصله وعظلاته ورأسه (صداع موءلم) وناحيته القطنية .

وكانت الحمى والالام العرضين المتغلبين اللذين كانا يضطران المريض الى ملازمة فراشه . وكانت تظهر في الوقت نفسه بعض تشوشات مبهمة في الجهاز الهضمي : اعراض معدية كآلقمه التام والغثيان والاقياء والالام المعدية وكثيراً ما كانت الاقياء متعددة ومزعجة حتى انها كانت تغلب على الاعراض الاخرى وتبرز في المشهد السريري . فكان المريض ينسى الاعراض الاخرى المصاب بها فلا يشكو سوى اقيائه المتكررة الكثيرة التي كانت تمنعه عن تناول اي طعام او شراب وتحدث له حصاراً شديداً مسبباً من مفض موءلم في الناحية الشرسوفية وبعض المرضى كانوا يشكون حس احتراق شديد في المعدة وعطشا مزعجاً لا ينقع لان المعدة لا تحتل السوائل .

والبعض الاخر كانوا يتجهون الى الاغماء ووهن القلب ويدعون الطبيب

بالحاح لانهم كانوا يشعرون ان قواهم تن و ان الخطر يتهددهم . وكان يظهر على اوجه كثير من المرضى منذ يومهم الاول نفاط موقت وتحتقن منضماهم ويبدو على جنسهم نفاط ايضاً ويحمر بلعومهم . وكانت الحرارة تبلغ ٣٩ ، ٤٠ و ٤٠ غير انها كثيراً ما كانت لا تتجاوز ٣٩ . وكان يشكو بعضهم دواراً كان يشتد متى بدل المريض وضعته . وكثيراً ما كان النبض مباتناً للحرارة (٨٠ - ٩٠ في الدقيقة) وكانت تستمر هذه الاعراض العفنية المنشأ ٦ - ٨ ايام غير ان الالام كانت تخف في اليوم الرابع مع بقاء الحرارة مرتفعة حتى اليوم الثامن . ثم ان النفاط كان يبدو غير انه لم يكن عرضاً ثابتاً في جميع المرضى فقد عاينا عدداً كبيراً من المرضى في العيادات الخارجية دون ان يبدو فيهم نفاط . وكان يبدو النفاط غالباً على الاطراف واقل منه على الجذع وهو نفاط شبيه في الاكثراوقات بنفاط الحصبة : نقط حمراء قليلة البروز تمحى متى ضغطتها الاصبع وبصحبها في الغالب اكلان شديد كان يضطر المريض الى حك جلده حتى يخدشه .

وقد كان يشابه النفاط في بعض الحالات المنظر القرمزي فقد شاهدنا منه طفلة في ميثم بناكي عمرها عشر سنوات عزلناها عن رفيقاتها لان الضنك كان في بدئه ولم يكن قد انتشر ذلك الانتشار الرابع فشككنا في التشخيص . بدت في تلك الطفلة على ساقها وذراعيها وجذعها صفائح حمراء قرمزية ولم تبد مطلقاً على وجهها وهذا ما حملنا على الشك في تشخيص المرض ووجه انظارنا اولاً الى القرمزية .

وكانت الحكمة التي اصابته هذه الطفلة شديدة حتى ان المريضة خدشت

ساقها من شدة الحك . ولم يعقب اقل توسف هذا النفاط الشديد الامر الذي وجه انظارنا الى الضنك وابعد عنا فكر القرمزية . وانا سنعود الى ذكر هذه النقطة فيما بعد .

ونقه المرض كان طويلا في الغلب وكان يرافقه وهن عام شديد فكان المريض يحب الكسل ويجتنب كل تعب جسدي وعقلي ثم انه كان يستعيد قواه تدريجياً فيعود الى سابق حاله .

المرايل: لاحظنا في وافدة الاسكندرية ان الجهاز العصبي كان اكثر الاجهزة اصابة وان اعراضه كانت اكثرها بروزاً ولعل منشأ هذه الاعراض الجهاز العصبي النبات (système végétatif) الذي كان يصاب فيوءلف هذه المجموعة العرضية الملحقة بالودي (parasympathique) حسب تعبير براستيناقي احد زملائنا الاثنيين فالاقياء التي وصفنا شدتها آنفاً كانت تستعصي في بعض الاوقات يرافقتها حصر شديد واتجاه الى الغشي ولا سيما في اليوم الثالث او الرابع من المرض . والعرض الاخر الذي كان يزعج المرضى كثيراً هو الدوار فكلما كان يجرب المريض تغيير وضعته كان يصاب بدوار شديد ويسقط . وكثير من الاشخاص الاقوياء الذين لم يصابوا آنفاً باقل تشوش وظيفي او مرضي يستحق الذكر كانوا يسقطون على الارض مغمياً عليهم متى تركوا اسرهم وحاولوا المشي . والارق واضغات الاحلام او النعاس في من كانوا ضفعا كانت تظهر واضحة في سورة المرض . وقد كان يلاحظ بعض الاحتقان في الكبد وكان يعترى الاولاد وان نادراً اسهال غير وخيم العاقبة .

والرعاؑ كان كئير الءءوء ومئله ازءاء الطمئ في البئاء الءءئاء
السن مئ اعتراهن الضئك في ذلك الءن .

ئشوءاء الءس : اكئر هءه الئشوءاء شءصئة وهئ في اكئر الاءان من
نوع العصاباء (névralgies) كالصءاع والالام انقطنئة والءزرة (rachialgie)
والعصاباء العضلئة (myalgies) والمفصلئة المزعجة . وقء لاءظنا مضضاً كبراً
في راءئ الءءن واخصئ الئءمن ءون ءس اءئراق فئها .

ئشوءاء الءركة : نء كر منها المعض المزعء في الساقئن ءئن سورة المرء
والوهن العضلئ الشءءء الءئ ءءءئ ءعباً شءءباً بعء كل ءركة .

الئشوءاء النفسئة : نء كر منها ضءف الراءة ، وفقءان الاءباء وكسل
العقل والءسء وهءه الاعراض اكئر وضوءاً وشءة في الاءشاء العصبئ
الامزجة .

ئشوءاء الءهاز البولئ : لاءظنا في بعض الءالاء بئلة آءئئة ءففئة ولا
سئما في الطاعئن في السن الءئن ءكون كلاءم اقل مئاعة من الاءءاء وءان هءا
العرض يزول بعء هبوء الءراءة .

فءص الءم : لم نر في المءضراء الملوئة شئباً في ءم مرضاءا وكذلك زرع
الءم كان سلئباً . وءئن الارئب والءبعة بءم المرئض لم ءءء اعراضاً مرضاءة
فئها . وقء لاءظنا ان عءء الكرئاء البضاء قء ازءاء (١٠ - ٢٠٠٠٠ كرئة
بضاء في الملمئر المكعب) وان اكئرها ازءاءباً الكئئراء الئوى .

وآضاب الءم (hémoglobine) كان في اكئر الاءان ناقصاً وءان
فظل ناقصاً في بءء النقة . ولم فكن سئر المرء في الغالب وءئباً لان المرء

كانوا يشعرون بعد زوال سورة المرض (٤ - ٥ ايام) بان أعراضهم كانت تخف وبعد انقضاء اليوم الثامن او العاشر كانت تسقط الحرارة ويدخل المريض دور النقه .

الوفيات : لم يذكر من الوفيات الاوفاة واحدة في الالفور بما اقل من ذلك في الاشهر الثلاثة او الاربعة التي تفشى بها الضنك في الاسكندرية . وقد شهدنا نحن وفاتين في مريضين عمرهما بين ٢٠ - ٢٥ سنة قضيا اثر همود قلبي .

الاولى ابنة عمرها ٢٢ سنة كانت قد دخلت دور النقه فحاولت الوقوف فسقطت واصيبت بغشي قلبي وقضت بعد بضعة دقائق . والثاني شاب عمره ٢٥ سنة مات كما ماتت المريضة الاولى .

المعالجة : المعالجة توجه الى الاعراض فهي تقوم بتخفيف الآلام وتخفيض الحرارة والاعراض الاخرى المزعجة . وقد كانت لمقويات القلب ومحلول الكالترين (ادرنالين) النفع الكبير . وكان المرضى يشعرون براحة بعد شربهم نقيع الشاي البارد مع عصير الليمون الحامض لانه كان يسكن الاقياء والغثيات وينقع العطش .

انتشار المرض : ذكرنا آنفاً حادثة ضنك ظهرت في ميتم (بناكي) . عزلت المريضة في مستشفى الميتم وعدت مصابة بمرض نفاطي لان النفاط الذي ظهر على جسدها كان متسعاً . فلم تحدث اصابات سواها على الرغم من وجود التاموس الارقش (ستاغوميا) في الحقل حول البناء ومع ان عدد التسميات ١٢٠ والاشخاص المعينين لخدمتهن ٢٠ وكلهم ملازمون للميتم . وقد

لاحظنا ايضاً ان الاصابات كانت كثيرة في احياء كان البعوض فيها نادراً .

وقد ذكر ايضاً زميلانا ابوستولون ومدامته من كفالان ان الضنك تفشى في مدينتهما تفشياً شديداً في الايام الاولى الباردة في ذلك الزمن الذي كان البعوض فيه قد تلاشى .

لا نجهل ان هذه الحادثات لا تكفي لاستنتاج نتائج راهنة عن طرز تفشي الضنك . غير ان ذكر حادثة الميتم والاصابات العديدة الاخرى في الاحياء التي لا بعوض فيها لا يخلو من الفائدة لانه يضاد مضادة صريحة النظرية التي اجمعت عليها آراء المؤلفين حتى يومنا والقائلة بانتقال الضنك بوخز البعوض .



الضنك في سورية

للدكتور مرشد خاطر الامتاذ في معهد دمشق الطبي

« مترجمة عن الاصل الفرنسي »

نبدي في هذه العجالة ملاحظاتنا عن وافدة الضنك التي انتشرت في صيف سنة ١٩٢٢ وعمت لبنان وسورية ولا سيما دمشق .

الضنك مرض عرفته اسية الصغرى منذ زمن طويل لانه كان يظهر فيها ظهوراً متقطعاً وقد عرفته دمشق على الرغم من هجره لها عشر سنوات كاملات . وقد كان الرأي السائد في البلاد حتى هذه الايام الاخيرة استناداً الى الاختبارات التي اجراها الاستاذ غرايم والدكتور عرداتي من معلمي الجامعة الاميركية في بيروت ان الضنك ينتقل بالبعوض لان الطبيين المومأ اليهما قد نسبا انتقاله الى الكوكس .

غير ان الاستاذ دبرون من معلمي معهد الطب الفرنسي في بيروت بعد ان شاهد الاوبئة القديمة التي تفشت في سورية لم يكن من هذا الرأي لانه يحدد الضنك في مقالاته التي نشرها عن هذا الداء في رسالة روجه وفي دال وتسيه بقوله « هو مرض عفني ووبائي » .

والاستاذ ترايرون من معلمي معهد الطب في دمشق بعد ان شاهد الضنك ودرسه نشر بضع مقالات عنه مميّز اياه اولاً عن نحي الايام الثلاثة التي تنتقل بالبعوض الساكت وذاكراً اعراضها المميزة وعاداً الضنك في صف الامراض النفاطية العفنة

السارية الناجمة من فوعة راشحة مدنياً اياه في طرز سرايته وصفاته السريرية
 من الحصبة والقرمزية . وقد أيد فكره هذا في مؤتمر القاهرة الطبي الاخير .
 وانا بعد ان شاهدنا بانفسنا وافدة الضنك الاخيرة في دمشق قد انحزنا الى
 رأيه وكان لنا مع زملائنا البيروتيين جدال عنيف حمي وطيسه فنشرنا منذ سنة
 دفاعاً عن قضيتنا في مجلة بيروت الطبية وفي مجلة معهدنا الطبي مقالات عديدة
 ولم نرم في ما كتبنا الا الى طلب الحقيقة والسعي وراءها .
 يظهر لنا ان الضنك الذي يغشى شواطئ بحر الروم مرض مستقل لارابطة
 تربطه بالضنوك الاخرى التي تظهر في البلدان الحارة .
 وانا نرغب في ان نلخص لقراء هذه المجلة الفرنسية البراهين التي استندنا
 اليها في الدفاع عن رأينا ذا كبرن بعدئذ الصفات السريرية التي كانت اشد
 بروزاً في وافدة الضنك التي شاهدناها .

.....

ان الضنك الذي نشاهده في ناحية دمشق هو مرض نفاطي اما الضنوك
 التي تظهر في البلاد الحارة فهي ضنوك لا نفاط فيها . الضنك الدمشقي ضنك
 منقطع الظهور فقد زار دمشق في اثناء الحرب الكبرى سنة ١٩١٧ ثم هجرها
 عشر سنوات ولم يعد الى زيارتها الا في تموز وآب سنة ١٩٢٧ وهذه خطته في
 سائر البلدان الاخرى التي يغشاها لانه قد غاب عن اثينا ١٥ سنة قبل ان يعود
 اليها في صيف ١٩٢٨ اما ضنوك البلاد الحارة فهي امراض فصلية سوية تظهر
 مع فقس التاموس وتخفي بموته . ولا تظهر هذه الضنوك الا في البلدان المنخفضة
 حيث المستنقعات وحيث البعوض اما ضنكنا فلا يخشى المرتفعات فان الاستاذ

دبرون شاهده سنة ١٨٨٩ في قرى تعلوزها ١٢٠٠ متر عن سطح البحر وقد شاهده زملاؤنا اللبنانيون هذه السنة في قرية اهدن التي تعلوزها ١٨٠٠ متر ويقول برهبت ان العلو الاقصى الذي يعيش به البعوض هو ١٢٠٠ متر .

وعدا ذلك فان وافدة دمشق استمرت حتى اواخر كانون الاول الى ذلك الزمن الذي قرص البرد به شديداً وامات البعوض ولا عجب فمدينة دمشق تعلو عن سطح البحر زهاء ٧٥٠ متراً والبرد فيها شديد في ايام الشتاء والحرارة الملائمة لنمو البعوض وفقسه لا تقل عن ٢٣ مئوية حسب برهبت .

وقد انحصر الوباء في دمشق بحي باب توما فاصيب من سكان هذا الحي ما لا يقل عن ٩٥ ٪ / خلال بضعة اسابيع ولم تقع في الاحياء الاخرى الا اصابات قليلة . ولم نلاحظ ان البعوض كان في الحي المصاب اكثر منه في الاحياء الاخرى فضلاً عن ان الكلل (الناموسيات) كثيرة الاستعمال في حي باب توما وهذه الكلل لم تق مستعملها وطأة هذا الداء . فما هو السريفي نفشي المرض في ذلك الحي ياترى ؟ ان هذا الحي حي قديم ، بيوتاه متلاصقة لا تفصل بعضها عن البعض الاخر الا طرقات ضيقة لا يتجدد الهواء فيها ولا يكاد يدخلها نور الشمس يتزاور سكانه ليلاً نهاراً وجميع هذه الاسباب كافية لانتقال العدوى من المريض الى الصحيح والبرداء في هذا الحي قليلة لان المستنقعات بعيدة عنه وهي كثيرة في الاحياء الاخرى القرية من المستنقعات مع ان تلك الاحياء لم يتفش فيها الضنك لانها احدث بناء ولان بيوتها اكثر تعرضاً للهواء والشمس .

وإذا سلمنا جدلاً بانتقال الضنك بالبعوض فكيف نعلل به انتشار هذا الوباء السريع الذي لم يترك بيتاً الا دخله ولا اسرة الا اصاب معظم افرادها وذلك خلال اسبوعين او ثلاثة اسابيع شلت في اثنائها كل حركة في ذلك الحي فاذا كانت الكلال التي عم استعمالها لم تق احداً واذا كان البعوض قد تمكن من لدغ جميع الذين اصابهم الضنك فان دور الحضانة في هذا الداء كما اثبتت اختبارات بلن وكومينو بتروس في اليونان لا يقل عن اسبوع بعد لدغة البعوضة فعلينا اذن ان نسلم بان جيشاً من البعوض قد هاجم في الاسبوع الاول المريض الاول المصاب بالضنك وان تسعة ايام مرت عليه بعد اغتذائه بالدم الملوث لتعود وخزته ملقحة كما اثبتت ايضاً اختبارات بلن وكومينو بتروس وانه في ذلك الحين هاجم اطراف ذلك الحي دفعة واحدة فلم يترك احداً الا لدغه وان جميع الملدوغين قد ظهرت فيهم اعراض المرض بعد ان لدغوا باسبوع . وفي هذا ما فيه من الغرابة التي لا يسلم بها العقل . هذه هي الاسباب التي دعتنا الى الشك في كون البعوض الارقش اوسواه من انواع البعوض هو العامل الوحيد في انتشار ضنكنا .

.....

لا نطيل الكلام عن صفات الضنك السوري السريرية لان الاستاذ دبرون قد وصفها وصفاً جميلاً . غير اننا نذكر ولع المرض بالجهاز العصبي الذي يظهر بصداع موءلم لا تؤثر في تسكينه المسكنات ولا البزل القطني نفسه ولعل هذا الصداع ناجم من وذمة الدماغ الحادة . ونذكر ايضاً تأثير فوعة الضنك بالكظار الذي يبدو بهبوط التوتر الدموي هبوطاً شديداً ووهن العضلات وهناً

فاتقاً والتعب العصبي القوي وتكافح هذه العوارض جميعها مكافحة حسنة بالكظرين (ادرناين) ونذكر اصابة الكلية التي كانت تبدو بسيطة أحيانية بمعدل ١٠/٠ وبقلة البول . والتوسع المتأخر الذي يعقب النفاط الخاص بالمرض وينجم ايضاً على ما نرجح من العرق الغزير الذي يتسبب من المريض . والا كلان الشديد الذي كان يحمل المريض على الحك حكاً شديداً وتحديش جسده وفتح منافذ فيه لدخول الجراثيم واحداث التقيحات الموضعية . وكثيراً ما كان يستمر الا كلان طويلاً بعد زوال العلامات الاخرى سالباً من جفني المريض الكرى ولعل سبب هذه الحكمة انفراز الديدانات بغدد الجلد العرقية . فهو يعمل لنا ظهور النفاط البدئي في اول المرض الذي يختلف اختلافاً بيناً عن النفاط الحصيبي الشكل ومسبب التوسع والحكة في زمن النقه كما انه يعمل لنا ايضاً على ما نرجح اصابة الكلية .



بعض ملاحظات عن الضنك

للدكتور سامي الساطي

الاستاذ في معهد الطب بدمشق

ترجمها الحكيم مرشد خاطر

كثيرون هم الاطباء والمؤلفون الذين لا يميزون حتى الآن ضنك بحر الروم عن حمى الايام الثلاثة مع ان المرضى مختلفان كل الاختلاف يسهل تفريقهما ولا سيما على من مارس مهنته في بلاد يتفشى فيها هذان المرضان ولست ارى حاجة الى الكلام عن الصفات المميزة لاحدهما عن الآخر . وكثيرون هم الاطباء ايضاً الذين يعتقدون بانتقال الضنك بالبعوض ولعل الدافع لهم الى هذا الاعتقاد ظنهم بان المرضى واحد لا اثنان . ولستنا نظن ان قد اجريت اختبارات تدعم هذه القضية وتثبت انتقال ضنك بحر الروم بالبعوض لان الاختبارات التي اجريت حين تفشي الداء في الاماكن الموبوءة نفسها لا قيمة لها على ما نرى نظراً الى اخذ الضنك شكلاً وبائياً وانتشاره ذلك الانتشار السريع . وفضلاً عن ذلك فاننا قد شاهدنا الضنك متفشياً في مجتمعات لم يكن للناموس من اثر في الاماكن التي يقطنها اولئك المصابون وقد رأينا الضنك يصيب العدد العديدي في بضع ساعات دون ان يرى اولئك المصابون في غرفهم او بيوتهم من البعوض ذلك العدد الذي يعمل لهم تلك الاصابة ويحملهم على القاء التهمة على تلك

الحشرات . فهل لاحظ سكان اثينا في صيف ١٩٢٨ حين تفشي الضنك بينهم ذلك التفشي الرابع ان الناموس كان كثيراً ؟ يخيل الينا بعد قراءة ما كتبه اطباؤهم عن وافدة الضنك ان البعوض لم يزعجهم في تلك السنة اكثر من ازعاجه لهم في السنوات الاخرى وانه لم يكن اكثر عدداً . وكذلك القول عن دمشق فاننا حين تفشي الضنك فيها لم نلاحظ ان البعوض كان اكثر عدداً ولا اشد فتكاً منه في السنوات الاخرى اما في سنتي ١٩٢٦ - ١٩٢٧ ابان الثورة السورية اذ تفشت البرداء ذلك التفشي الكبير فقد لاحظ جميع من في المدينة ان الناموس كان كثير العدد حتى ان كثرته كانت موضوع حديث القوم . ولهذا فلسنا نعتقد ان انتقال الضنك شبيه بانتقال البرداء بالبعوض بل نظن ان حامل المرض المجهول على الرغم من سلامة الرئة ينتقل من الانسان الى الانسان مباشرة بالهواء ولعله ينتقل ايضاً بواسطة الاشياء والاثواب التي لوثها المريض .

لنر الآن كيف يسير المرض : لهذا الداء زمن حضانة يتراوح بين يومين واربعة ايام وربما اكثر من ذلك يليه زمن الهجوم وهو اشتدادي في اكثر الاوقات يتصف ببعض علامات ابتدائية ككسل العقل وقلة الاشتها وبعض الآلام راسية ويبدأ المرض في بعض الاوقات بعرواء مفردة شديدة او بقشعيرات متتابعة ثم تملأ الحرارة الى ٣٩ - ٣٩,٥ - ٤٠ وربما الى اكثر من ذلك . ويسرع النبض دون ان يكون تناسب بينه وبين الحرارة ويتسخ اللسان ويكسى وسطه بطلاء ابيض وتبقى حافته ورأسه حمراء .

ويجى الاشتها ويشتد العطش ويظهر الغثيان وتكثر الاقياء الصفراوية .

والقبض هو القاعدة المطردة والصداع ولا سيما الجبهي كثير الحدوث والاطراف جميعها ولا سيما السفليان في النواحي المفصلية مؤلمة دون اقل انتباج في المفاصل والحركات مزعجة وعضلات القطن تصاب بدعث يزداد متى ضغطت .

يظهر في اليوم الثاني او الثالث من المرض احمرار على الوجه والعنق والصدر والاطراف ويحترم البطن غالباً ويستمر يوماً او يومين ثم يعقبه توسف فرفرى . ويبدو في اليوم الخامس او السادس على الجذع والاطراف وقلمما يظهر على الوجه نقاط مبرعم لا يلبث ان يزول سريعاً .

ويعتري المريض في الوقت نفسه اضطراب وهذيان وارق وتستمر الحرارة مع بعض المهبوط صباحاً . واذا عوين الدم في سياق المرض بسدت السكريات البيضاء الوحيدة النواة كثيرة بعض الكثرة والكريات الحمراء متناقصة قليلاً .

وتبقى هذه الاعراض حتى تبدو نوبة عرق غزير وتسقط الحرارة الى الدرجة الطبيعية وربما الى اقل منها غير انها تعود في المساء الى الظهور وتزداد عما كانت عليه في مساء اليوم الذي تقدمه ثم تسقط سقوطاً تدريجياً ويتصعب من المريض عرق غزير ويكثر بوله . غير ان المرض لا يكون قد انتهى لان الاشتها يبقى قليلاً والنفض بطيئاً والوهن شديداً والطرفين السفليين والمفاصل مؤلمة وهذا هو زمن النقص الطويل المدة الذي يستمر اسبوعين وربما اربعة اسابيع وهو ذو علاقة بتشوش وظيفه الكظرين على ما يخیل الينا .

المراقيل : نادرة . يقل البول ويظهر فيه آح قليل كما في أكثر الامراض العفنة . ومتى بدا دم واسطوانات حبيبية في البول المنتبذ (centrifugée) كان المريض مصاباً بداء بريت او بالتهاب كلية مجهول قد نبهه الضنك . وكذلك القول في الانزفة الاخرى السائرة فهي تتم عن أمراض كانت كامنة في تلك الاعضاء النازفة .

وقد ذكرت بعض التهابات الاعصاب المحيطية^{٢٢} .

الانذار : سليم غير ان الموت ممكن الوقوع غشياً .

المعالجة : تقوم باستعمال الانتبرين والاسبرين وصيغة القرفة وبالحمامات الفاترة مع الحمية اللبنية .



الحصبة والضمك

في حادثتين

للدكتور سوتريو

احد اطباء المستشفى العسكري الفرنسي بدمشق

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

اننا نورد اولاً المشاهدين قبل ان نبدي رأياً :

المشاهدة الاولى : دعينا في الرابع من اذار مساء لمشاهدة الولد أ ل ٠٠٠ البالغ من العمر ثماني سنوات . وكان قد بدأ مرضه منذ يومين وكانت حرارته ٣٩،٣ فوجدناه واهن القوى مضعفاً يشكو دعثاً عاماً والاماً عديدة ولا سيما صداعاً شديداً فوق الوقت . ولم نجد بالاضفاء الى رئتيه شيئاً يستحق الذكر . البطن لين غير مؤلم لا قرقرة في الحفرتين الحرقيتين ولا صمم في رجا الطحال ولا ضخامة في الكبد . اللسان كثن قليلاً . البلعوم وغشاء الفم المخاطي احمران ، لا ضخامة في اللوزتين . علامة كوبليك مفقودة . ضغط المقتلين والحديتين فوق الوقت مؤلم .

فازاء هذه الحالة لم نضع تشخيصاً بل تركنا الامر الى الغد .
عدنا في الخامس من اذار صباحاً فكانت حرارة الصغير ٣٩ وكان قد قاء ليلاً عدة مرات فرأينا نفاطاً متفرقاً على الوجه والاطراف : اليدين والساعدين والساقين ، اللسان كثن ، العينان محمقتان تدمعان قليلاً ، الحديتان فوق القفا مؤلمتان
فشخصنا حصبة .

في ٦ آذار الحالة نفسها ، الحرارة ٣٩ . النفاط اكثر انتشاراً فعلى الجذع نقط صغيرة

محددة جيداً وعلى الساقين نفاط مجتمع جداً شبيه بصفائح مشابهة لارياف الشرى .
 في المساء هبطت الحرارة الى ٣٨ ، ٢ وكان المريض لا يزال يشكو الاماً عضلية مع
 تغلبها في ناحية القطن ولا يزال متعباً واهن القوى يتحاشى تناول كل شيء خوفاً من القيء
 ولا يقبل بعد الاحلاح الشديد الاليمونية مثالوجة .
 في ٧ اذار زال النفاط جميعه ، سقطت الحرارة تحت ٣٨ و بقي المريض مضطرباً يشكو
 قطنه وفخذه وقد زال صداعه ولم يزل يشعر بثقل في رأسه . لسانه كتن ، اشتهاؤه
 مفقود .

في الايام التالية بدأت الحالة تتحسن تحسناً تدرى جيداً غير ان التعب بقي مستعصياً . وقد
 استمر هذا المرض ستة ايام .

فهل كان المرض حصبة ياترى ؟

المشاهدة الثانية : يقول . عمرها ٤ سنوات شعرت في الوقت نفسه صباحاً بجملة
 ٣٩ ، ٢ ونفاط متفرق حصبي الشكل على الساعدين والساقين وصداع شديد ولا سيما فوق
 الوقب ، العينان محتقنتان ، اللسان كتن ، الاقيا متواترة ، الالام القطنية شديدة .
 شخصنا حصبة .

بقيت الحرارة في الغد ٣٩ وظلت الصغيرة تشكو قطنها وكانت تتألم وتزعج حين
 تحرك عينيها ، اللسان كتن ، القمه تام بقيت الاعراض نفسها في الايام التالية ، النفاط زال
 في اليوم الرابع ، الحرارة سقطت في اليوم الخامس الى ٣٧ ولم يبق في المريض سوى الوهن
 والقمه والتعب .

فهل هي حصبة ياترى ؟

.

اننا شخصنا في هاتين الحالتين الحصبة وقد شككنا في كلتا الحالتين وبعد
 يومين في تشخيصنا . ولم يخالفنا الشك فقط بل اننا نعترف ان الالمس التي

بنينا عليها تشخيصنا كانت واهية .

لان المريض لم يصابا بنزلة عينية انفية ولا بأعراض رئوية قصبية ولا بعقد بلغمية ضخمة في الناحية السباتية ولا فوق البكرة ولا في الثنية الاربية .
اما طريقة العدوى في كلا المريض فكانت مجهولة .

فلوان المريض اصيبا في اذرع او الخريف لما كنا شخصنا حصبة بل ضنكاً لان اعراض الضنك المميزة ظهرت في كليهما كما ظهرت في العدد العديد من المرضى الذين دعينا الى معايجتهم في صيف سنة ١٩٢٨ وهي : علو الحرارة ، الفجائي ، الصداع الشديد فوق الوقب وفي الجهة ، الالام العضلية والقطنية ، الاقياء ، احتقان المقلتين ، النفاط السريع الزوال على الوجه واليدين والساعدين والساقين .

غير ان ما حرفنا عن تشخيص الضنك ووجه انظارنا الى الحصبة هو ما قرأناه في المؤلفات عن وفود الضنك في الصيف وحدوث هاتين الحادثتين في اذار وانتقال الضنك بالبعوض الارقش او الكولكس . ففي بدء اذار سنة ١٩٢٩ لم يكن في دمشق بعوضة واحدة لان فصل الشتاء كان طويلا وقارصا فاذا قبض لبعض البعوض ان يعيش في السواحل فلم يكن باستطاعته ان يغزو البلاد الداخلية لان المواصلات مع بيروت كانت مقطوعة زهاء شهر ونصف . وكان على قمم لبنان والاتي لبنان جبال من الثلج يستحيل على البعوض قفزها للوصول الى دمشق .

الضنك هو المرض الذي طرح على بساط الدرس . حتى خيل اليانا انهم قد توصلوا الى معرفة صفاته جميعها . فهم قد خصصوه من الوجهة الجغرافية

بالشواطىء والاراضي المنخفضة . ولكن كم من الشواذ على ما يقولون . افلم يغش في لبنان قرى تعلوا اكثر من الف متر عن سطح البحر ؟ الم يغز الداخلية بعيداً عن البحر ويصل الى جبل الدروز فهل سهولة المواصلات وقربها كانا السبب في نقله وانتشاره ياترى ؟ وهل علينا ايضا ان نسلم بظهوره في فصول السنة جميعها وهل هناك عامل ناقل جديد غير ما نعرفه ؟

كل هذا يلقي على الضنك ستاراً من الجهل يحجب عنا كنهه لان المظاهر التي يظهر بها عديدة

واننا نسأل القراء صفحاً عن ايرادنا هاتين المشاهدين المتين تهتمان معلومتنا الماضية عن الضنك ونرجو منها تجاوزاً عن الخطأ الذي اقترفناه بتشخيصنا حادثتي الضنك حصبة ولو لوقت قصير .



الفرق بين ضنك البحر المتوسط

والعلل الشبيهة به

للككتور ترابو الاستاذ في معهد الطب بدمشق

وطبيب المستشفيات العسكرية فيها

ترجمها الدكتور ميشل خوري

اذا وفد الضنك متخذاً شكلاً وبائياً ونفسي في البلاد الى درجة تبلغ فيها اصاباته الالوف في بضعة اسابيع ، على حد ما جرى في ازير سنة ١٨٨٩ وسورية في صيف سنة ١٩٢٧ واثينا في السنة الفائتة لا يعود التشخيص الذي يفرقه عن سواه من الامراض امراً عسيراً . فهو داء نفاطي ليس بين سائر الامراض النفاطية ما يقوى نظيره على اصابة ثلثي سكان مدينة خلال اسبوعين اثنين دون ان يراعي عمراً او جنساً غير انه حينما يكون وبأه اخذاً بالفتك والتفشي في احدى المناطق الساحلية على شاطئ البحر المتوسط ، فان التموجات الاخيرة لموجته المعدية الاصلية قد تظهر اصاباتها اخف وطأة واقل عدداً في مكان قصي عن البوءة التي نشأت فيها . وهذا نفس ما حدث في اثينا ومالطة وتونس في صيف ١٩٢٧ في حين ان نار الوبأ كانت آخذة بالتلظي في سورية ولبنان ، يشبه ذلك ما حدث في الجزائر في الصيف التالي لتلك السنة على حين كان الضنك يفتك في اثينا فتكته الذريعة المعروفة ثم ان اوبئته الشديدة قد تبدأ بجوادر قليلة

تسبق انفجار الوباء الوبيل . ففي هاتين الحالتين اي حينما تأخذ اصابات الضنك الاولى القليلة بالظهور وحينما تظهر منه اصابات خفيفة الوطأة في امكنة قصية عن مركز الوباء الاصلي يكون في التشخيص الفارق اذ ذاك شيء من الصعوبة . فيجب والحالة هذه ان نوضع الاسس الراسخة التي يتميز بها الضنك عن سواء من الامراض .

.

يقول المؤلفون ان ضنك البحر المتوسط داء نفاطي كثيرة اشكال نفاطه ولكنه يشبه عادة نفاط الحصبة والقرمزية . فيجب اذاً ان يميز عن هذين المرضين وعن الامراض النمشية (*maladies pétéchiales*) حينما يجتمع فيها النمش فيشبه نفاطاً حقيقياً الامر الذي يشاهد احياناً في الحميات التيفية وفي الريض (التيفوس) . وفضلاً عن ذلك فان ضنك البحر المتوسط مرض حمي ومظاهره تنم عن ولوع عصبي (سكارافوس) وهذا الولع بالجهاز العصبي (*neurotropisme*) يختار الاعصاب المحيطية اخذاً اشكالا مختلفة فيكون طوراً الاماً عضلية وانما مفصلية وحينما عصابية (*névralgiques*) فيجب اذاً ان يتميز الضنك ايضاً عن سائر الامراض الحمية المصحوبة بالام عضوية تشبه آلامه وعلى الاخص في طوره الذي يسبق النفاط وذلك لان النفاط الحقيقي فيه انما هو عرض نهائي (سكارافوس) ففي هذا الطور قد يلبس الضنك بالنزلة الوافدة وبالبرداء التيفية الشكل والريثة المفصلية الحادة وفي يوميه الاولين يحى الايام الثلاثة . واخيراً فان ضنك البحر المتوسط قد تعود حرارته الى الارتفاع بعد السقوط (دبرون وسكارافوس) . وبسبب هذه الصفة يجب تمييزه احياناً عن الحمى الراجعة وعلى الاخص عن ضنوك البلاد

الحارة المعروفة بضنوك روجرس وكلاراك الكاذبة . وما هذه الضنوك الا فئة من الامراض المختلفة غير النفاطية تنتشر بالبعوض (روجرس ، غرال ، فاسال ، بروشه ، ليوبولد روبرت) وتلك صنمة - نعني بها الحلومن النفاط - كافية من الوجهة السريرية لتحفر هوة سحيقة بين الامراض المذكورة آنفا وبين ضنك البحر المتوسط على الرغم من ان السواد الاعظم من العلماء اطلق اسماً واحداً عليها جميعاً .

.....

وقبل الخوض في الموضوع نقول ان الضنك يسهل تمييزه عن الامراض النفاطية فليس بينه وبين الحصبة اعراض مشتركة خلا الحى والنفاط الذي لا يكون دائماً في الضنك حصبي الشكل بل قد يكون قرمزيه ويسبقه في الحصبة نفاط باطن فمي (*enanthème buccal*) متصف بكونه احمراراً نقطياً (*erythème pointillé*) واقعاً على الحفاف (*voile du palais*) او يسبقه التهاب كومي اللثوي الاحمراري اللبي (*gingivite erythémopultacée de Comby*) وعلامة كوبليك وفضلاً عما تقدم فان نفاط الحصبة يبدأ في الوجه ثم يمتد الى الجذع والاطراف في الايام التالية بيد ان نفاط الضنك لا تسبقه علامات بلعومية تستحق الذكر وفي بعض الاوقات يجتنب الوجه ويكون اكثر تفرقاً واقل اجتماعاً مما هو في الحصبة وفي وسعه ان يشرع باليدن والساعدين (سكارافوس) ومن جهة ثانية فان الضنك يفاجئ الاشخاص وهم عاكفون على اعمالهم فيغلبهم وينعمهم من العمل مسبباً لهم آلاماً موضعية وعامة وذلك ما يسمى ضربة المطرقة (او ابا دبوس كما يسميه العرب) في حين ان هذه المظاهر المؤلمة

لا تصادف في الحصبة التي تختلف أيضاً عن الضنك بكونها تبدأ تدريجياً وتسبقها إمارات (prodromes) ودماغ وزكام وعلامات التهاب في القصبة واحتقان في الرئة .
ثم ان الضنك يتصف في طور التماثل بحكة وتوسف شبيه بتوسف القرمزية ،
اما الحصبة فاذا صحبها توسف فر فري صفيحي فانه يكون خالياً من الاكلان .
واخيراً فان الحصبة تتقي من تصيبه من بين الاطفال واليفعان غير متخذة شكل وباء شديد الوطأة الا نادراً في حين ان اظهر صفات ضنك البحر المتوسط انه يرغب في المساواة فيسطو على كل الاعمار من غير ان يرحم طفولة او شيخوخة .

ولا يلتبس الضنك بالحمى القرمزية الا متى اتخذ نفاطه الشكل القرمزي غير ان هذا اندر من النفاط الحصي . وليست الحمى القرمزية كثيرة الحدوث في بعض البلاد التي يقطنها الضنك كلبنان وسورية وربما اسبة الصغرى وهي اذا حدثت فيها فينار ان تكون وباء شديد التفشي . يزداد على ذلك ان الحمى القرمزية ليست بالداء المفاجيء كالضنك فهي تصيب المريض تدريجياً وتبتدىء بالتهاب بلعومي واسم (angine pathognomonique) لا تصادفه في الضنك واخيراً فان النفاط القرمزي يظهر في اليوم الثالث ولا يتأخر الى حين اشتداد المرض في اليوم الرابع او الخامس كما يحدث في الضنك (سكارافوس)

وقد يخطأ في تشخيص الضنك فيحسب وردية (rubéole) متى كان نفاطه وردي الشكل ولكن مظاهر الضنك العامة لا تظهر بنفس الشدة في الوردية ولا اثر للحمى فيها وان حماها تكون طفيفة قصيرة الأمد .

يزاد على ذلك انها تكون مصحوبة بالتهاب الخنجره والتهاب القصبة واحمرار

البلعوم ويبتدىء نفاطها بالوجه لا في اليدين والساعدين كما يجري في الضنك والفرق الاخر بين هذين الدائرين ان الضنك يجتنب العقد في حين انها لا بد ان تصاب في الوردية .

ولا يحسن التردد طويلاً في التفريق بين الضنك والامراض النمشية فهو يتميز عن الحميات التيفية بحلوله الشرس الفجائي . فلهذه الحميات طور امارات تصعد في اثناها الحرارة تدريجياً خلال ثلاثة او اربعة ايام على حين ان الضنك تبلغ حرارته الاربعين في ساعاته الاول ، كما ان خط الحرارة المنحني يبقى مرتفعاً في الحمى خلال الاسبوعين الاولين ، اما الضنك فتتبط حرارته في نهاية الاسبوع الاول . ثم ان الاعراض في احدى العلتين تختلف اختلافاً كبيراً عما هي عليه في الاخرى فمن النادر ان تكون اعراض الالم في الحميات التيفية شديدة كما هي في الضنك . وفضلاً عن ذلك فان المريض يشكو فيه حصرأ ويشعر شعوراً خاطئاً بشدة وطأة الداء الامر الذي لا يشاهد في اشد حوادث الحميات التيفية ويبدو المصاب بالحمى التيفية رازحاً تحت عبء الداء هادئاً ان لم ياخذ بالهذيان في حين ان المصاب بالضنك يكون محتقن الوجه مضطرباً يتقلب في سريره ذات اليمين وذات اليسار ، وتراه وهو مالك وعيه يحاول ان يستقر في فراشه على وضع يهدى شيئاً من آلامه الشديدة ولا سيما ما يشكوه من شدة الصداع الدائم الذي يجعله سريع الانفعال يحتاجه اخفت الاصوات كما يحتاج المصاب بالام الشقيقة . ومتى ظهر النفاط يكون شكله عدسياً وقطره اصغر من قطر نفاط الضنك الحصي اذ ان هذه البقع تكون اكبر حجماً واكثر تقارباً ولا تزول زوالاً تاماً لدى ضغطها بالاصبع وهي تقع في الجذع والاطراف

ناشئة أحياناً في اليدين والساعدين وذلك ما لا يشاهد في النفاط التيفي . وأخيراً فان تفاعل فيدال واستنابات الدم لا يتركز بحالاً للرب والالتباس .

على ان الغالب ان يخطأ في التمييز بين الضنك والحصى النمشية التي يشبه نفاطها نفاط الضنك وتنشأ في بقع حمراء على ظهر اليدين فالبقع اذن متماثلة الشكل والموقع الذي تنشأ فيه ، ولكن يقع الضنك بتدريج غالباً في راحة اليد وقبلاً تبدأ على ظهره ثم تأخذ بالاتسار فتصيب الرأس والعنق ، وهذان تحتجبهما الحصى النمشية التي تتخطى فيها الحرارة مدى الاسبوع الواحد . يزداد على ما تقدم علامات فارقة أخرى كتفاعل وايل فلكس ووجود القمل واثار لدغه التي يتركها في الجلد .

.....

والان نذكر فيما يلي وجوه الفرق بين الضنك والحميات التي لانفاط فيها فهو يختلف عن النزلة الوافدة بحلوله الفجائي ، وخلوه من الاستقرار الرئوية . (ترايونسكارافوس) وشدة الخزرة والالام العضلية والمفصلية فيه .

يضاف الى ما ذكر ان اوبئة النزلة الوافدة تحدث في الفصل الرطب البارد في حين ان اوبئة الضنك تحدث في فصلي الصيف والخريف ويختلف الضنك عن التوعك الحصى بنشوئه المبالغ . وكونه اشداً ايلاماً للعضلات والمفاصل ويصاحبه في الكظر قصور يستمر مدة النكه الطويلة (١٠ خوري)

ويتميز الضنك عن الرثية المفصلية الحادة بخلوه من التهابات المفصلية والعراقل القلبية العضوية وبطول امد حياه وشدة الوهن فيه واستعصائه على المداواة الصفصافية التي يذعن لها عادة داء بويو .

وهو يتعد عن البرداء المغيرة التيفية الشكل بأعراضه الأليمة الخاصة وخلوه من ألم الطحال وضخامته (سكارافوس) واستعصائه على الكينين وخلو الدم من الحيوينات الدموية .

وهو يختلف عن حمى الايام الثلاثة بكون ارتفاع الحرارة فيه اطول امداً . اذ ان حمى الايام الثلاثة هي في الحقيقة حمى يومين . واما في اليوم الثالث فان الحرارة تأخذ بالاقتراب من حدها الطبيعي ويختلف ايضا عنها بنقاطه الخاص الذي تخلو منه هذه الحمى ، ما عدا النفاط العرقي الناجم من العرق الغزير الذي يصادف في حميات البلاد الحارة ويشاهد في بدء الضنك . زد على ذلك ان ظهوره انما يكون في اوقات متقطعة تفصل بينها عدة سنوات ، في حين ان حمى الايام الثلاثة انما هي مرض فصلي سنوي يحدث في الفصل نفسه وفي الاماكن نفسها .

وينبغي ان يفرق ضنك البحر المتوسط عن الامراض الحمية كالحمى الراجعة وحمى مالطة . غير ان ذلك يجب ان يكون في الاسبوع الاول لان الضنك قلما تطول مدته اكثر من ذلك . كما ان رجوعه اذا حدث - على ما فيه من ندرة - فانما يكون في اثناء الايام الثمانية وبالاجمال فانه يختلف عن الحمى الراجعة بندرة رجوعه وبقصر الفترة التي تفصل نوبته الاولى عن الثانية ، وبخلو الدم الجديد من برميات او برمير ويختلف عن حمى مالطة بقصر مدة ارتفاع الحرارة فيه وخلوه من التموجات الحمية التي تصف بها هذه الحمى وبالتلازم المصلي (séro - agglutination) واستنابت الدم السليبين فيه .

لم يبق بعد الاسهاب المتقدم الا ان نبين وجود الفرق بين ضنك البحر المتوسط و ضنوك البلاد الحارة وبما ان هذا الامر يستدعي عناية خاصة فلا بد من ايراد لمحة تاريخية لاجل جلاء الغامض في ذلك .

لقد كانت هذه الضنوك فيما مضى تسمى بالضنوك الكاذبة (روجرس وغرل) وكانت تؤلف قسماً من الحميات الاقليمية التي شملت البرداء والحمى الصفراء والضنوك وحميات البحر الاحمر والبحر الهندي وحمى مصوع وحمى ثغور الهند الصينية وجزائر الانتيل وشاطئي المحيط الاطلنטיكي وحمى الايام الثلاثة . غير ان التقدم العلمي اظهر وجود الفرق بين افراد ذلك اللقيف . فكشف الحيوين الدموي فصل البرداء عنها وجاءت تجارب الاميركان كفيلة بتمييز الحمى الصفراء واوضح المخبر ان حميات البحر الاحمر ومصبوع والهند والهند الصينية لم تكن سوى اشكال من الملاريا . وكشف الستار عن كنه حمى الايام الثلاثة بفضل التحريات التي قامت بها البعثات النمساوية والاطالية وتممتها المشاهدات التي اجريت في سورية خلال عدة سنوات فلم يبق من مجموعة تلك الحميات الاقليمية غير حميات الهند الصينية اي ضنك روجرس الكاذب وحميات جزر الانتيل وشاطئي المحيط الاطلنטיكي المعروفة بضنوك كلاراك الكاذبة واننا الان فيما بقي من هذا البحث نضم هذه الوجد المرضية في فئة واحدة نطلق عليها اسم ضنوك البلاد الحارة ونحاول ان نميزها عن ضنك البحر المتوسط

.

غير خاف ان لضنوك البلاد الحارة صفات مشتركة ، مع ان النفاط لا يصحب ايّا منها فقد يشاهد فيها في بدء الحمى نفاط عرقي كما يشاهد في الضنك

الاوروبي ، ولكن هذا النفاط العرقي لا يليه نفاط الضنك الاوروبي الواسم (روجرس وبروشه وفاسال وليوبولد روبرت)

اما من الوجهة الوبائية فان الاحوال التي تصحب نشوء هذه الضنوك هي نفس تلك التي تصحب ظهور البرداء . ثم ان ضنوك البلاد الحارة انما هي امراض تحدث في المناطق الساحلية والبطائح المنخفضة ، فتصيب الاشخاص المقيمين فيها من غير ان تمتد الى مناطق اخرى بعيدة عنها . وانها تحدث وتنتشر سنوياً . فهي اذاً من الامراض الفصلية . واما ضنك البحر المتوسط فهو داء نفاطي وهو من الوجهة الوبائية يخالف ناموس الدوران السنوي للامراض الفصلية . فهاتان الصفتان الرئيستان الواحدة سريرية والاخرى وبائية كافيتان لجعل ضنك البحر المتوسط داء يختلف عن ضنوك البلاد الحارة .



مؤتمر الجراحة الفرنسي الثامن والثلاثون

للدكتور لويس كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

عقد مؤتمر الجراحة الثامن والثلاثون هذه السنة في باريس منذ ٧ تشرين الاول حتى الثاني عشر منه .

التي رئيسه الاستاذ تيكسيه من ليون في حفلة الافتتاح خطاباً وصف فيه تاريخ تطور الجراحة في فرنسا خلال السنوات الخمسين الاخيرة منذ طبقت في الجراحة مبادئ باستور .

ثم انتقل الى تبيان ما يحتاج اليه الجراح من المعلومات علمية كانت ام ادبية مبيناً اهمية العلوم المتنوعة التي لا غنى لطالب الطب عنها ولا سيما المعلومات الواسعة عن التشريح والطب الجراحي الامر الذي تعني به فرنسا عناية خاصة وقررها به الاجانب .

وقد ابدع الاستاذ تيكسيه كل الابداع وحرك العواطف حين كلامه عن الصفات الادبية التي يصف بها الجراح فقال عنه انه يضعي بالنسب الاكبر من وقته في المستشفى وبين المرضى بعيداً عن المسرات ولسواء الحق بالاشراف على اعماله الحكم على نجاحه او خيبته فيها : « وان كل توسط من توسطاته الجراحية موضوع ينقده الحضور نقداً دقيقاً سواء كانوا من طلبة الطب الاحداث او القدماء فان العملية تجري جهاذاً والمبضوع (opéré) ينقل بعدها الى قاعة مفتوحة ابوابها لمن اراد حيث يتمكن كل راغب من معرفة ما آل اليه ذلك العمل الجراحي . وان هذه الصراحة وهذا الجهر بتعاليمنا واجر آتنا الجراحية امر قد ورنناه عن اسلافنا وهو من تقاليد العلوم السريرية في فرنسا واليه يعود الفضل في تربية الجراح الفرنسي تلك التربية العالية الخالية من كل شائبة » .

وقد انتهى الخطيب كلامه متمنياً ان تقام المستشفيات سواء أكانت حكومية ام خاصة في بقعة واحدة ليسهل على المرضى الاستشفاء وعلى الجراحين العمل وعلى الطلبة الاستفادة وتوفير الوقت .

ثم جلس الخطيب بين عاصفة من التصفيق .

.

وعلى الاثر بحث المؤتمر في المسألة الاولى وكان قد ضرب لها موعداً في ذلك النهار وموضوعها « معالجة السل الرئوي الجراحية »

والمكلفان باعدادها هما برار من ليون ولاردينوا من باريس

واننا نستخلص مما قالاه ما يأتي: ان حوادث السل الرئوي التي تستدعي المعالجة الجراحية تعادل ٥ ٪ من مجموع حوادث السل كافة . والتوسطات الجراحية التي تعيب عن الرئتين الجنبية الاصطناعية متى كانت هذه الطريقة لا تكفي او لا تفي بالمراد هي اثنان قطع عصب الحاجز وقطع قسم من الاضلاع . والغاية منهما دفع الرئة المريضة الى الانخماص ومنعها عن الحركة وانفساطها وتقليل الدوران فيها وتصليلها .

واستطبابت كلتا الطريقتين هي بعد ان يكون المريض خالياً من الالقات السلية الاخرى وهذا الشرط اسامي ١ - ان تكون سالتة العامة حسنة . وصادف هذا كثيراً في الشيوخ المسؤولين المتليفين الذين لا عمل لهم ٢ - ان تكون الافة في جهة واحدة .

غير ان العملية مهما اتسعت مساحتها لا تكفي لاحداث الانخماص الرئوي الكافي لان هذا الانخماص يستدعي عاملاً حيوياً آخرهما وهو انقباض النسيج المريض عنفاً انقباضاً متسماً .

وقطع الاضلاع عملية خطيرة لا يجوز اجراؤها الا متى كانت الافات السلية في دور السكون اما الريح الصدرية فهي عملية خفيفة يجوز اجراؤها متى كانت الافات سائرة سيراً بطيئاً .

فاذا قطعت الاضلاع والسل في سيره الحاد كان الخطر الجراحي كبيراً مناسباً لحدّة سير الافة .

وقطع عصب الحاجز اقل خطراً من قطع الاضلاع واستعماله اعم منه ويجوز اثراكه معه او مع الريح الصدرية .

تقطع الاضلاع متى كانت الافات قرحية ليفية قديمة ملتصقة بغشاء الجنب وواقعة في جانب واحد وساكنة ولا تفيد الريح الجنبية في هذه الحالة .

ويقطع عصب الحاجز في الافات القرحية الخطرة بعد سكونها او متى كان سيرها بطيئاً

وكانت متجهة الى الانكماش .

فيحسن استعماله والحالة هذه في انواع السل الليفية الجنبية او في الانواع الجنبية الخفيفة الخطر متى لم تنجع الریح الصدرية وكان قطع الاضلاع متعذراً .

وفائدة المعالجة الجراحية في سل الرئة لا تحتاج الى برهان فهي قد وضعت منذ اربعين سنة وشفيت في هذه المدة العدد العديد من المرضى غير انها تستدعي اشتراك الطبيب والجراح في العمل والصبر والجلد .

فاذا بكر في اجراء هذه التوسطات لمصدر مصاب بسل رئوي فقط لم تتجاوز الوفيات الجراحية ٥ ٦ ٪ / وتحسن من المرضى ما لا يقل عن ٦٠ - ٧٠ ٪ / تحسناً كبيراً وثابتاً وشفيت منهم شفاً سريريا محققاً ما يعادل ٤٠ ٪ / بيد انهم لو عولجوا بمعالجة دوائية فقط خابت هذه المعالجة ولم يجنوا منها اقل فائدة .

وربما دعي الجراح الى معالجة العراقل الجنبية الناجمة من الافات الرئوية فيجب ان ينزل انصباب الجنب في بدئه مع مراعاة الطهارة مراعاة دقيقة دون اضاءة الوقت بالمعالجة الدوائية متى مر زمن قليل عليها ولم تنجع وعليه ايضا ان يعالج الجنب القيحي قبل ان يفتح او بعد تنوسره بوضع احافيز دقيقة واشراك هذه المعالجة بقطع عصب الحماجز او قطع الاضلاع حسب الطريقة التي يستحسنها .

وبعد ان انتهى درس المسألة الاولى انتقل المؤمرون الى درس المسألة الثانية التي كلف باعدادها ورشه من بوردو وسورل من بارس (بارك) وموضوعها : « استبطانات الاستبدال (ostéo-synthèse) في معالجة داء بوط ونتائج » .

واس هذه المعالجة تثبيت قسم من الفقار قد فخره السل بربط النواتي الشوكية ربطاً محكماً بعضها ببعض على الخط المتوسط بطعم عظمي او بربط أقواس الفقار بعضها ببعض بطعوم عظمية طويلة لينة او صلبة معينة عن الجبائر او باحداث قسط (arthrodèse) في النواتي المفصلي وذلك بايجاد شريجات عظمية مأخوذة من الصفائح والنواتي واركاب بعضها على البعض الاخر لتعود قطعة واحدة بعد تعظمها .

والغاية من كل هذا تثبيت الفقار تثبيتاً قوياً لا يستطيع الحصول عليه بالشدات واجتتاب الرضوض في اثناء هذه المعالجة الطويلة وتحاشي التقرحات الضاغطة وانتشار الافة السلية يجعل الفقار قطعة واحدة .

وقد أستنتج المؤلفان بعد ان اوردا بحثاً تاريخياً عن استبدال العمود الفقري وحللا هذه الاعمال تحليلاً دقيقاً وبعد ان ذكر ا اعمالها الخاصة النتائج الالية :

لا تتوصل العمليات المحدثه للقسط وحدها الى شفاء دائم بوط شفا سريعاً بل فائدتها انها تثبت البؤرة المصابة وتحصرها .

ولا يستحسن اجراء هذه العمليات في الاولاد لان النتائج المستحصلة من الطرق التجبيرية العادية حسنة وكافية . اما في الكهول فقلما تفيد طرق التجبير والعمليات الجراحية مفضلة على ان تشرك مع المعالجة العامة والتجبير لان هذه الطرق تكمل احداها الاخرى .

ومضادات الاستطابات عديدة والمحتاجون الى التوسطات الجراحية قلما يتجاوزون ثلث الحوادث .

وافضل وقت لاجراء العملية هو بدء من الترمم وفضلى الطرق الجراحية هي الاستبدال بوضع طعم مأخوذ من الظنبوب (tibia) على ان يكون صلباً اذا لم تكن الحدة كبيرة وليناً في الحالات الاخرى .

ومدة التثبيت بعد العملية ٥ - ٦ اشهر عادة ومدة النقه الذي لا يزال القسط بها ضعيفاً ومحتاجاً الى لبس مشد ستة اشهر اخرى وربما سنة .

والعملية لا خطر منها متى احسن اجراءها ونتائجها حسنة لانها تمكن المريض من استعادة حياته العادية في ٦٠ - ٨٠ ٪ من الحوادث وهي نتائج يفوق حسنها جميع النتائج المستحصلة من الطرق الاخرى .

.....

والتقرير الثالث الذي بحث فيه المؤتمر هو الذي اعده بلوك من باريس وبونه من ليون وموضوعه : « سير جروح اوتار اليد ومعالجتها » .

يبحث المؤلفان في قسمه الاول في ندب الاوتار ودرساه درساً حيوياً :

فككلاً عن طبيعة الدشبذ (cal) الوتري وقيمة طرق الخياطة وآلية الطعوم وتعودها الوظيفة . وخصصا القسم الثاني بالسريريات وبحثا فيه عن الاحصاءات . وافرد القسم الثالث للمداواة فوصفت فيه الطرق الأكثر استعمالاً في الوصول الى الاوتار وطرز التطعيم .

ان لمعالجة الجرح الوتري غايتين : ١ - اعادة الاتصال التشريعي ٢ - استعادة الخواص الخلقية (الفسيولوجية) غير ان ترميم الاوتار العاطفة واستعادتها لوظيفتها الخلقية

لا يزالان ناقصين على الرغم من اتقان الطرق الجراحية لان الالتصاقات تمنع الاوتار عن التحرك تحركاً تاماً وعن ان تكون مرنة مرونة كافية مع ان هاتين الصفتين يسهل الحصول عليهما بعد العمليات الجراحة على الاوتار الباسطة .

وفضلى الطرق الخياطة البدئية الا في الاوتار العاطفة للأصابع التي يفضل فيها التوسط الثانوي والطعم الوتري لانهما الطريقة الوحيدة الناجمة في الترميم .

.....

هذه هي الخلاصة التي تستنتج من التقارير الثلاثة التي بحث فيها المؤتمر وعلى من تهمه هذه الابحاث ان يطالعها في الكتاب الخاص الذي نشرت فيه هذه الاعمال وهو يقع في ٤٠٠ صفحة لان المكان لا يتسع للتطوير وما الغاية من هذه الكلمة الا ان نطلع القراء على موضوعاتها ونبين له فائدتها .

وقبل ان ينفض المؤتمر وضع للسنة المقبلة الاسئلة الثلاثة التالية وعين لها من يعدها :

- ١ - تحضير المريض للعمليات الجراحية (سونه من بارس ولا مبره من ليل)
- ٢ - التهاب اجسام الفقار الرضي (موشه من بارس وفوالينخ من فانسي)
- ٣ - التهاب المعشكلة النزفية (pancréatites hémorragiques) (بروك من بارس وماجنياك من تولون)

وقد رغب المعينون لهذه الابحاث الى زملائهم ان يتحفوهم بمشاهداتهم لتكون لهم عوناً في وضع تقاريرهم ثم ارفض المؤتمر .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٢٩ م . الموافق لرجب سنة ١٣٤٧ هـ

ثلاث حادثات داء الجلبان ^(١) (lathyrisme)

للدكاترة

ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطي

ترجمها الدكتور شوكة الشطي

قدم احدنا في ٣ تشرين الاول سنة ١٩٢٣ بالاشتراك مع طبيبي المستشفى الفرنسي في دمشق عرقتنجي ويتتو مشاهدة عن شخص من حوران مصاب بداء الجلبان وقد دلت افادة هذا المصاب على ان للداء هناك انتشاراً كبيراً .
واننا نورد اليوم ثلاث حادثات اخرى شاهدناها في مستشفى المعهد الطبي في دمشق وهي تكشف لنا بؤرة اخرى لداء الجلبان في سورية واقعة في احدى ضواحي دمشق وستساعدنا هذه الحادثات الثلاث على ضبط بعض صفات هذا

(١) نشرت هذه المقالة في مجلة الامراض العصبية الفرنسية (جزء تموز سنة ١٩٢٩ ص ١٠٦) وكان قد قدمها الى جمعية الامراض العصبية الفرنسية في باريس الاستاذ كلود .

المرض النادر الذي لم تسبر غوره استقصاءات الاختصاصيين القدماء بالامراض العصبية فان وصف هذا المرض كما هو مدون في المؤلفات كان مستنداً الى مشاهدات قديمة .

المشاهدة الاولى : علي بن س . عمره اثنان وثلاثون ربيعاً من قرية النبل الواقعة في جوار دمشق ، شاهدناه في مستشفى المعهد الطبي العام بدمشق . اصابه بالداء منذ الحرب العامة وقد بدأ مرضه بثقل في القدمين آخذ بالازدياد التدريجي حتى تعذر عليه السير تبين من فحصه ان بنيتة جيدة وعضلاته طبيعية رأينا بعد انامته على ظهره ان طرفيه السفليين منبسطين وموتران واصابع قدميه منبسطة ، علامة بانسكي سلبية في اليسار وخفيفة في اليمين ، الارتعاشات نظيرة الصرع ظاهرة في الطرفين ، الانعكاس اللاعصي شديد ، الارتجاج (clonus) مفقود توافق الافعال (synergie) صحيح غير ان الساق اليمنى كانت تمحرك حركات انعطاف جانبية حين وضع القب (talon) الايسر على الركبة اليمنى ، الحسان الجلدي والعميق سليان ، انعكاسات الصفن طبيعية ، انعكاسات البطن سلبية ، العضلات ليست ضامرة ولا مصابة بمعص او بتقلص ليفي او حركات تركزية او فلج ، اجراء الحركات جميعها ميسر الا انها بطيئة وطاقتها التجزؤية (force segmentaire) سليمة . اما السير فتشنجي وعلى الاصابع وكل شيء ما عدا ذلك طبيعي اقباض الحدقتين بالضياء وتطابقهما طبيعياً ، الاغشية خالية من الاحمرار والتلون والوذمات ، حالة المريض الروحية حسنة ، اعضاؤه الباقية واجهزته كافة سليمة ، بالبرزل القطني انصب مائع صاف بدون انضغاط في كل لتر منه ٦٠ ، ٤٠ ، ١٦ ، ٠ آحين وليس فيه بلغميات تفاعلا واسرمان والغراء الجاوي فيه سليبان ، المريض مسلم لم يعتد الاشربة الروحية ، بناء ليس معرضا لتسمم صناعي ولا للرطوبة . اجبرته الجاعة في سني الحرب العامة كما اضطرت غيره من اهالي قريته الى التغذي بخبز مصنوع من طحين فيه اقسام متساوية من الشعير والقمح والذرة والجلبان وكان هذا المريض اول من اصاب في القرية باضطرابات عصبية ولم يصب افراد عيلته أبوه وامه واختاه بهذا المرض مع ان طعام الجميع واحد . وفي قريته التي يبلغ عدد سكانها ثلاثة الاف نسمة اثنان وخمسون مريضا مثله . تزوج على الرغم من مرضه ورزق خمسة اولاد مات منهم اربعة بامراض متنوعة .

المشاهدة الثانية : احمد بن هـ . من قرية التل ايضاً عمره ٢٧ عاماً دخل مستشفى

المعهد الطبي في دمشق فافاد انه مرض في اثناء الحرب العامة بينما كان جندياً وانه بسبب مرضه كان يقضي اكثر ايامه بين افراد عيخته .

بدأ مرضه باضطراب وثقل مترق في الطرفين السفليين ولم يشعر بالم حقيقي ولم يصب بتقلصات ليفية او بمص او بحركات تركزية . تبين من الفحص ان صحته العامة جيدة عضلاته نامية ، ساقاه وهو مضطجع ممتدتان ومتوترتان في وضع غير بياني ، علامة بأينسكي ايجابية في الطرفين وعلامة او بنهام ثابتة في اليسار والارتعاشات نظيرة الصرغ شديدة في اليمين وخفيفة في اليسار ، والانعكاس الداعصيان متزايدان يناسبهما ارتجاج (clonus) خفيف ، حركة العقبين ليست صحيحة في الطرفين بل مترددة ولا يصل العقب الى الداغصة ، الحسان العميق والسطحي سالمان انعكاسات الصفن والبطن طبيعية ، السير متوتر ولكن تشنجه ليس شديداً ، الجملة العصبية طبيعية ، الحدقتان طبيعتان وانعكاساتهما منتظمة .

لا يدل فحص المريض العام على آفة ما خلا التهاب سلي كئي في مفصلي كل من الركبتين . لم ينجم منه قسط في كل لتر من سائل نخاعه الشوكي ٥٠ ، ٥٠ من السكر و ٢٠ ، ٢٠ من الاحين التفاعل الغروي فيه ايجابي قليلا وتفاعل واسرمان ايجابي خفيف وفيه بعض البلغميات و يفهم من تذكرات المريض ان عيخته مؤلفة من ستة اشخاص وانها كانت تأكل في سني الحرب خبزاً كالخبز الذي كان يأكله ركباً من اجزاء متساوية من طحين القمح والذرة والشعير والجلبان (gesse) وقد اصيب من عيخته ثلاثة افراد بفالج محيطي تشنجي كما اصيب هو وهو مسلم لم يعتد الاشرية الروحية ولم يتعرض لتسمم صناعي ولم يصب بمرض ما وهو بناء متأهل وله ابنتان صحتهما جيدة .

المشاهدة الثالثة : احمد ج . من التل له من العمر ٢٢ عاماً ، بناء تزوج ولم يرزق

ولداً مضى على اصابته بهذا المرض ١٣ عاماً وقد حل به مرضه على اثر اكله خبزاً معنولاً من طحين الجلبان فبقي اذ ذاك طريق الفراش خمسة عشر يوماً ثم اخذ يتناول كغيبه خبزاً مصنوعاً من طحين ممزوج من الذرة والقمح والجلبان والشعير . لم يصب بمرض خلا بضع نوب بردائية ، لم يصب بالزهري عيخته مؤلفة من سبعة افراد اكلوا جميعهم في اثناء الحرب الخبز الذي ذكرنا تركيبه ولم يصب منهم الا هو واخوه . بدأ مرضه بضعف وثقل في

الساقين جعلاً المشي عليه صعباً لم يشك المريض الما او معصاً عضلياً او حركات تركزية او تقلصات ليفية او احمراراً او اضطباعاً في الجلد او وذمات . وقد اخذ مرضه يزداد خلال بضعة اشهر ثم وقف في الحالة التي شاهدها فيها .

فحص المريض وهو مضطجع على ظهره : الطرفان السفليان منبسطان ومشدودان علامة بانسكي ايجابية فوراً وهي تزداد اذا تحريت وتصاحبها علامة او بنهايم . الطرفان متوتران بشدة اظهار الارتماشات نظيرة الصرع امر مستحيل ، الداغصة مرتجة ، الانعكاسان الداغصيان متزايدان التناظر والترتيب مختلفان في تجربة وضع العقب على الركبة ، الانعكاسات الصفية والبطنية طبيعية المصبرات (sphincters) سالمة ، الحس طبيعي والسير تشنجي جميع الحركات ممكنة ، العضلات ضعيفة قليلاً في قوتها ، ضامرة من نقص الحركات واضطرابها ، الانعكاسات الحدقية طبيعية ، علامة رومبرغ سلبية ، في سائل النخاع الشوكي ٦٠ ، ٠ من السكر و ٢٢ ، ٠ من الاحين ، لا اثر للبلغميات فيه تفاعل واسرمان والتفاعل القروي الجاوي سالبان فيه .

تشبه مشاهداتنا الثلاث المشاهدة التي نشرناها سابقاً فهي تدلنا على فليج محيطي صريح تشنجي اخذ بالازدياد التدريجي بعد بدء المرض في اشخاص لهم من العمر ٣٢ ، ٢٧ ، ٢٢ سنة وذلك في اثناء الحرب العامة ثم وقف عن السير دون ان يطرأ عليه زيادة او نقصان فلا حاجة والحالة هذه الى تمييزه عن الفليج المحيطي التشنجي من نمط ارب (Erb) او الفلوج الناجمة من انضغاط النخاع او من داء الدبق النخاعي (syringomyélie) .

تدل مشاهداتنا الثلاث على فليج تشنجي قروي ان صح هذا التعبير لان في القرية المذكورة خمسين مريضاً كولاى المرضى الثلاثة وقد اضطرا اهل هذه القرية في اثناء الحرب الكبرى الى التغذي بخبز رديء مصنوع من اجزاء متساوية من طحين الشعير والقمح الذي لا ضرر منه ومن طحين الذرة المؤذي

أحيانا ومن طحين مضر دائما وهو الجلبان (lathyrus sativus) فالذرة تحدث داء الذرة (pellagre) والجلبان يحدث داء الجلبان (lathyrisme) .

يتظاهر داء الذرة بادیء بدء باضطرابات هضمية وباحمرار في الجلد وبوذمات وبلطخات صباغية يفصل بعضها عن بعض واحات من الجلد مستورة بتوسفات صفحية ثم يرق جلد ظهر اليد ويدومعص وتكزز واضطرابات في الاحتساس واختلالات روحية وغير ذلك من الاعراض التي لم يشك مرضانا منها شيئا وعليه فلا مجال للشك في داء الذرة بل ان الحاديات الثلاث التي اوردها هي داء الجلبان بشكلها المعروف وهو الفالج التشنجي الصريح النخاعي المنشأ المحدود عاليا بالمأنة (region péri ombilicale) .

على ان مشاهدتنا الثلاث تختلف ببعض الصفات عن الشكل المعروف فان المرض لم يبدأ فجأة ولم يشك مرضانا تقلصات ليفية ولا الارتعاشات التي ذكرها بروس . ولم يبدأ المرض بامارات الام زنازية وحس تعصر في البطن والمصرات بقيت سالمة كما بان احدنا في احدى المشاهدات التي نشرها سابقاً .

ولا بد من ابداء ملاحظات اخرى يستدل منها ان افات داء الجلبان لا تنحصر باذية حزم النخاع المحركة فحسب بل قد تشاركها تغيرات الجامعة العصبية (neurone) المحيطية يدل على ذلك زوال بعض الانعكاسات كالانعكاسات البطنية . ويستدل من اضطرابات توافق الافعال (synergie) ان الالياف النخاعية العاملة في المخيخ ليست سالمة دائما . اما المراكز الوظيفية كمراكز المصرات والحس التناسلي والتوالد فغير موهقة . وتدل سلامة سائل النخاع الشوكي على ان الافة صريحة لا تشاركها اضطرابات في السحايا .

التهاب عقد العنق البلغمية

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

التهاب العقد البلغمية الحاد في العنق كثير الحدوث فتى جيّ بولدٍ مصاب بورم صغير في الناحية الخشائية (mastoïdienne) او في الناحية تحت الفك وكان الجلد احمر والناحية متعجّنة متموجة موءمة كانت الافة في معظم الحالات التهاب عقدة بلغمية قد تقيحت او سارت في طريق التقيح تالية لافات في الفروة او الحد او اللوات او اللوزتين .

لنترصد حينئذ قبل مسك الموضع لان الندبة التي تعقب ذلك الشق تشوه عنق الولد . فاذا لم تكن العقدة قد تليت تلياً تاماً ، واذا كان الصديد منحصراً جيداً في العقدة كان الانتظار مستحسنّاً فيكتفى حينئذ بتضميد الناحية بالماء المغلي الكحولي الذي ينقص التفاعلات حول العقدة . ومتى تم تليين العقدة تخزم دون ان ينتظر انبثاقها من تلقاء نفسها . ووضع هذه الحزمة يتم على الصورة الاتية : بعد ان تطهر الناحية بالكحول الصرفة او بالكحول اليودية الخفيفة تغرز ابرة رفردن الغليظة في القسم العلوي من الورم الصغير وفي الجلد السليم ويثقب جوف الخراج ثم تخرج البرة من النقطة المحاذية اي من الجلد السليم المحيط الخراجة . وتدخل ثلاثة خيوط او قدر ما يستوعب ثقب البرة من شعر فلورنسة وتخرج وتعد اطراف الخيوط فتتكون منها عروة عريضة في الخارج لا تضيق

على الثقوب ولا تحدث في الجلد تقرحاً . ويخرج الصديد من الجيب متى ضغط ثم تضمد الحرجة بضمد خفيف الضغط ليلاصق جدار الحرجة السطحي جدارها العميق وكلما أعيد التضميد تحرك حزمة الخيوط لينفتح الثقبان فيتم الشفاء بعد بضعة أيام . ومتى نصب التقيح نقص العروة وتنزع الخيوط وتضمد الحرجة مرة أو مرتين تضميداً عقيماً فيندب الثقبان دون أن يتركا أثراً .

وفي بعض الحالات يتجاوز الصديد حدود العقدة فيكون قد تكون فاعمون عقدي يجب إفراغه ولا سيما متى وقع عند زاوية الفك . وهذا مستطاع أيضاً دون شق الفاعمون فالجلد لامع أحمر رقيق جداً على اهبة الانشقاق والصديد غزير ، والانتظار غير جائز . تبزل الحرجة برأس مبضع عند محيطها ويدخل في الجيب منقاش كوهر حتى النقطة المنخفضة من الحرجة حيث يشق الجلد على المنقاش فيخرج المنقاش من هذا الثقب الثاني ويفتح قليلاً فيوسع الثقب وتؤخذ به حزمة شعر فلورنسة وتخرج من الثقبين وتعقد أطراف الخيوط كما في المرة السابقة فيتكون منها عروة وإذا كانت الحرجة كبيرة وطول الخيوط لا يكفي تترك أطرافها خارجة من الثقبين دون أن تعقد على أن ينتبه لها حين التضميد فلا تنزع مع الضماد . ينفرغ الصديد انفراغاً حسناً بهذا التحفيض (drainage) وتخف الأعراض الالتهابية وتشفى الحرجة بعد بضعة أيام دون أن تترك ندبة تذكر .

ويفضل بزل القسم العالي من الخراج أولاً فاقسم السفلي منه بعدئذ لكي لا ينصب الصديد ويلوث ساحة العملية إلا بعد أن يكون العمل الجراحي قد تم . . .

وتلتهب هذه العقد ايضاً التهاباً مزمناً ولا سيما في الطفولة الثانية ومن الشروط المؤهله لالتهابها الوراثية والامراض العفنة وسوء التغذية واهمال علم الصحة .

فمتى لم تكن الاعراض السريرية واضحة ولا يستطيع تشخيص الافة بها وكان يشك في الزهري وجب الالتجاء الى المخبر لكشف هذه الافة . غير ان التهاب العقد المزمن في العنق هو في الغالب سلي فاذا لم يكن زهري ولم تكن العقد ناشئة من آفة اخرى في الجوار كالاسنان او غيرها عدت سلية وعولجت كما تعالج العقد السلية لان العنق هو المكان المنتخب للعقد السلية . فان اهمال القواعد الصحية وسكنى النساء والاولاد لبيوت غير صالحة او ملوثة بالمرض تزيد الاصابات وترينا العدد الوافر منها كل يوم .

فبعد ان تدخل عصية السل وتقف حذاء اللوزتين او الناميات نظيرة الغدة في البلعوم او الفم عموماً تقتنم فرصة مناسبة ومنفذاً صغيراً جداً فتكمل سيرها دون ان تترك في المكان الذي دخلت منه ما ينبيء بمرورها اي دون ان تترك آفة سلية ظاهرة وتتبع المجاري البلغمية فتصل الى العقد كما لو كانت المكورات العقدية او العنقودية قد دخلت لاحداث الالتهاب الحاد اي الفلغمون الذي تكلمنا عنه منذ هنية .

وبعد ان تلتهب العقدة يتنوع سيرها فاما ان يقف الالتهاب فتليف وهذا شكل دال على شفاؤها غير انها في الغالب تضخم اولاً دون ان يتبدل قوامها كثيراً ثم تصلب وتبدأ الاستحالة الجينية فيها مع بقائها متحركة ومتى تجاوز الالتهاب القشرة وبلغ يحيط العقدة التصقت وزال تحرکها وافضى التجبن فيها

الى التقيح فتنبثق قشرتها و يسير الصديد نحو الجلد فيرقو وينثقب بدوره ويتكون ناسور
قد ينضب ويشفى فوراً تاركاً ندبة سيئة المنظر او يستعصي لان بقايا العقدة
تمنعه عن الاندمال .

وقد لا تصاب غير عقدة واحدة او تصاب عقد كثيرة فتبدو حينئذ في
العنق ادوار مختلفة . لانا قد نرى فيه عقداً صلبة متيلفة واخرى لينة
متقيحة وغيرها منوسرة .

والمرضى المصابون بالتهاب العقد السلي مسلولون مهددون دائماً بانتشار
السل الى بنيتهم بطريق الدم فعلى انان نعالجهم معالجة عامة تقوي اجسادهم
وتبدل بيئتهم وتنشط دفاعهم .

ونقوم هذه المعالجة بمراعاة قواعد الصحة : سكنى بلاد نقية الهواء
تمرينات جسمية موافقة لحالتهم ، تغذية حسنة وفي فرنسا اماكن خاصة على
الشواطىء البحرية يقصد اليها المسلولون للاستشفاء كشواطىء بآرن (Béarn)
والاوقيانوس وبرك (Berck) واراكشون (Arcachon) وهندوا (Hendoye)
يؤمنها كثيرون من البلاد الاجنبية لما يجدون فيها من الملائمة لصحتهم .

وبالمعالجة الدوائية : يود ، زرنيخ ، حديد ، فوسفات الجير ، مقويات مساعدة
للغذية والسكن في الهواء الطلق .

وبالمعالجة الحيوية : ظهرت في هذه السنوات الاخيرة خلاصة الاتيجن
السلي المتيلي (antigène tuberculeux méthylique) وهي تستعمل حقناً حسب
التعليمات المعطاة من مستوصف باستور الذي يحضرها . وقد تكون النتيجة
حسنة اذا ثور بر على المعالجة وتذرع المر يض بالصبر . ولا سيما متى كان المر يض

حديث السن وكان من ذوي الثراء لان بيئة الفتى اسهل تبديلاً من بيئة الكهل .
ولان هذه المعالجات الطويلة تستدعي مالاً وافراً ويصعب اقناع المرضى الفقراء
بقبولها والمثابرة عليها .

ويجب ان تشرك مع المعالجة العامة المعالجة الموضعية حتى ان هذه قد تفضل
تلك . وهي على نوعين : المداواة بعناصر الطبيعة والجراحة . فالاستشماش
(héliothérapie) والاستشعاع (radiothérapie) والاشعة فوق البنفسجي
قد تفيد فائدة حسنة ولا سيما في العقد الصغيرة وفي بدء المرض او في النواصير
بعد تكونها . والمصباح ذو القوس (lampe à arc) المستعمل اليوم لاجراء حمامات
النور العامة او الموضعية . غير ان هذه الوسائط جميعها قد تكون منبهة وتفتح العقد
المحتبنة عوضاً عن ان تشفيها . فلا بد اذن في استعمالها من الحيار . وكثيراً ما
يتتهي الامر بالمعالجة الجراحية .

ان مداواة التهاب عقد العنق البلغمية عقدة من العقد التي يصعب حلها
لانها ذات علاقة بالشروط الاجتماعية وانه يتعسر منذ البدء ان يحزم في مداواتها
وان تفضل فيها احدى المعالجتين الموضعية او العامة على الثانية .

اما نحن فاننا نتبع ما يصنع في مستشفى برك البحري الذي يرئسه الجراح
سورل :

حالة العقدة ترشدنا الى طريقة العمل فاما ان تكون متقيحة او غير
متقيحة . فمتى لم تكن متقيحة فاما ان تكون مفردة او عديدة ومتى كانت
عديدة فاما ان تكون كل منها متحركة مستقلة عن جارتها او ان تكون جميع العقد
متلاصقة لالتهاب محيطها .

فمتى كانت العقدة مفردة صلبة متحركة لا تلتصق بالجلد كان استئصالها خيراً علاجاً لها لان الندبة التي تنجم منها تختفي في ثنيات العنق ولا تكاد ترى واذا تركت فقد تقف ثم تختفي بعد بضع سنوات غير انها قد تتقيح ايضاً .

واذا كانت العقد كثيرة ومتحركة كان اختيار المعالجة تابعاً لعددها . فاستئصالها ينتج نتائج حسنة متى كانت العقد قليلة العدد ومنحصرة في ناحية واحدة كناحية تحت الفك اما اذا كانت العقد منتشرة في البعد حتى الجذع ومتى كانت في الطرفين معاً فليلق فكر الاستئصال جانباً . لان استخراج جميع العقد الملتبها امر مستحيل فكثير منها لا يشعر به ولا يرى فضلاً عن ان الندبة تكون طويلة ومشوهة لجمال العنق والنكس كثير الحدوث بعد مدة قصيرة . والنكس هو الحجة التي يتذرع بها الجراحون الماكسون للاستئصال فالمعالجة العامة في هذه الحالة مفضلة واشراكها بالاستشعاع مستحسن على ان يكون الاشعاعي خبيراً ماهراً مدرباً ولا تشفى هذه العقد شفاء تاماً قبل ١٨ شهراً اوستين .

ومتى كانت العقد متلاصقة وكانت تهب المريض المنظر القنصلي استحال الاستئصال . وكانت المعالجة الفضلى الاستشعاع (radiothérapie) .

اما في زمن التقيح فاما ان تكون العقدة مفردة او العقد عديدة او العقد منوسرة فاذا كانت العقدة مفردة وغير منوسرة فالتوسط الجراحي غير جائز لان الندبة التي تنجم منه تشوه جمال العنق بل المعالجة الفضلى هي البزل المتكرر حسبما تقضي الحالة مع مراعاة قواعد الطهارة مراعاة دقيقة ومع وخز الابرة في النسيج السليم اولاً وتوجيهها مائلة حتى جوف الخراجة وليكن البزل في نقطة عالية خوفاً

من التنوير .

ومتى كانت عقد كثيرة متقيحة عولجت كل منها كما لو كانت مفردة وهي معالجة طويلة الامد فاذا خابت وتنوسرت لجنء حينئذ الى الاستئصال .

ومتى كانت العقدة مفردة ومنوسرة كان كشط العقدة بادخال مجرفة من فوهة الناسور بعد توسيعه اذا كان ضيقاً خيراً واسطة .

ومتى كانت العقد كثيرة ومنوسرة كان في التضميدات الطاهرة والمعالجة العامة المنظمة تنظيمًا حسنًا بعض الفائدة وكذلك القول في المعالجات الموضعية المذكورة انفاً غير ان تحاشي الندبة امر مستحيل وكثيراً ما تقضي الحالة بالاستئصال ومعناه شق العنق شقاً واسعاً لاستخراج ما فيه غير ان هذه العملية تترك ندبة مشوهة لا تمحى الا ان هذه الندبة خير من الندب العديدة التي تنجم من تقيح عقد كثيرة وتنوسرها متى شفيت شفاء فورياً .

وقد وصف بروكا جيداً طرز العمل في هذا التوسط الجراحي وقبض لي ان استعملته مراراً :

بعد ان يشق الجلد شقاً محاذياً للفك او للقصبة الترقوية الحشائية وذلك بحسب الحالات تحاط فوهة الناسور بشق دائري وتحرر العقدة من طبقة الالتهاب المحيطة بها بالمقراض المعقوف ومنقاش التسليخ بمسك النسيج الضام المحيط بها وليس بمسك العقدة لئلا تنشق . ومتى نزعت العقدة الاولى تحرر العقدة المجاورة لها على النسق نفسه حتى يفضي الامر الى الوداجي الذي يسترشد به الجراح وبعد ان تنزع العقد الامامية يبدأ بنزع العقد الخلفية حتى لو كان معظم العقد في النقرة فيدخل وراء القصبة الترقوية الحشائية ومتى كانت العقد عالية يجتنب

العصب الشوكي والعصب الوجهي . متى كانت العقد في الناحية النكفية وبعد ان يقطع النزف جيداً يغلق الجلد بدون تحفيض او بعد ان يحفض بخصلة شعر فلورنسة فقط .

وربما كانت عقد الابط والاربية مصابة في الوقت نفسه فاذا تركت وشأنها اتجهت الى التقيح والتنوسر ومتى تنوسرت صعب اندهالها وعادت عملياتها مستصعبة .

فالتهاب عقد الابط يستدعي اذن معالجة واحدة وهي الاستئصال : يجب ان تدخل السبابة اليسرى خلف الكتلة العقدية عند قمة الابط وتشد هذه العقد الى الاسفل وتحرر بالمقرض المعقوف وليجتنب الوريد الابطي وعصب المسننة والظرفية الكبيرتين .

اما عقد الاربية فالأفضل ألا يلجأ الى الجراحة في معالجتها الا متى مست الحاجة لان هذه العقد كثيراً ما تلتصق بالاوعية العميقة . فيعيد الالتصاق العملية مستصعبة ونتائجها غير ثابتة . بل تستأصل العقد المتحركة او المنوسرة وتبزل العقد المتقيحة .

انني لم اتكلم مطلقاً عن الحقن المبدلة لان البزل وحده يكفي وبغني عنها ولا سيما عن المراهم المسماة بالمراهم المحللة .

و بعد ان تستأصل العقد اذا كان استئصالها واجباً تجب المثابرة على المعالجة العامة اجتناباً للنكس .



الوقاية من السل

التي هذه المحاضرة النفيسة منذ زمن ليس بالقصير زميلنا
الاستاذ احمد حمدي بك الخياط وقد رغبتنا في نشرها لتحفظ
نفثات الاستاذ المتفنن من الضياع ويستفيد من دررها
قراؤنا الكرام .

« رئيس النساء »

ايها السادة الكرام

ان الداعي الى الاجتماع ، امر حيوي خطير وفي غاية الخطورة ، لانه
يتعلق بكل فرد منا ابنا آدم وحواء بل بكثير ممن اظلمتهم السماء من الاحياء
وكلنا يعلم ان رقي الامم ونجاحها بل ونجاتها يكون بالتعاون والتكاثف بعد
ان يقوم كل بما عليه من الواجبات افراداً فعلى الجندي امر المحافظة على البلاد
والسهر على امنها خارجاً وداخلياً ، وعلى الحكومة احقاق الحق بين كل من افراد
رعيتهما على السواء . فتعم المساواة فينشط الشعب لما فيه خيره وخيرها وصلاح
الكل ، وعلى الاقتصاديين كذلك درس حالة الامة اقتصادياً والسهر عليها
لتتوازن اولاً ولتفيض البركة اخيراً وهكذا . حتى يتناول هذا الواجب
الاجمالي جميع الافراد ، كلاً بدوره ، ضمن الدائرة التي اتخذها لنفسه .

واننا بدورنا نبسط لكم ما علينا نحن الاطباء من الواجب الاجمالي وحدنا نحو

الامة وبذلك نعود الى الصدد الذي بدأنا به .

فكما ان واجبنا الفردي تشخيص المرض في الفرد والسعي الى ملاقاته بما بين ايدينا وايدي اخواننا الصيادلة من العلاجات كالعقاقير المختلفة او بالعمليات الجراحية او بحقن المصول او ما شابه ، فان واجبنا الاجتماعي ايضاً هو تشخيص بعض الامراض الاجتماعية المزمنة التي يتوقف امر مكافحتها على التعاون بين جميع افراد الامة على السواء غنيا وفقيرها ، عالماً وجاهلاً ، حاكماً ومحكوماً ، رئيسها ومروءوسها وعرضها على انظاركم لتعلم حقيقة ما يهددنا من الاخطار علناً تتلافى شيئاً منه اذا لم نقدر على دفعه كله .

من المعلوم المسلم به ان الحكومات مهما رقت وتعالى شأنها فلن تصل الى درجة الوصي المطلق على شعبها ، اي تأخذ منه ما يجب عليه دفعه لتتولى هي جميع اموره حتى العناية به في حال مرضه واعتلاله وعجزه وغير ذلك . تعلم الامم الراقية هذا لذلك نراها لا تتأخر لحظة واحدة عن ايجاد الميسام والملاجىء ودور الارضاع والحضانة ودور العجزة ، حتى المستشفيات وجميع انواع الاسعافات العامة . كما انها لا تتقاعس دقيقة عن تأليف الجمعيات المتنوعة لمكافحة السل والزهري او ضد الكحول او ضد الدخان والخ وذلك من الامور الاجتماعية والمشهور امرها .

عرفت ذلك بعض الامم المتقدمة فاخذت منذ ساعتها تسعى الى تخفيف الالام البشرية بتعاونها واتفاق كلمتها فاوجدت فيما بينها خطة التأمين الفردي فنجحت بذلك ايمانا نجاح . جعلت تأخذ من كل فرد عامل مبلغاً زهيداً من المال في رأس كل شهر ، مقداراً لا يوفّر في معاشه مهما كان حقيراً ، تأخذ منه

هذا ويدفعه بكل ارتياح ، لانه يعلم انها تعهده ايام مرضه وعجزه وتساعدته في كوارثه البدنية كلها ، تعني به في مرضه وتعوله في عجزه او اعتلاله وتنقذ على عياله اثناء مرضه ، كل هذا لقاء مبلغ قليل من المال - بضعة درهيات فقط شهرياً - وقد كان قبيل الحرب العامة المنصرمة لهذه الجمعية ما يزيد عن سبعة ملايين من الاعضاء وكان لها ما ينوف عن ١٥٠ الف سرير في مستشفياتها الخاصة او في ما يشابهها فكم يخفف هذا من ويلات تلك الامة وكم يتوفر بسبب ذلك فيها من الانفس والاموال وكم كانت تتألم تلك الامة لو لم يكن فيها امثال هذه الجمعيات وكم كانت تنوء بحمل هذه الافراد المريضة او العليله او العاجزة لو لم يكن لها ما تأوي اليها .

وفي فرنسا ايضا بدأت الامة منذ شعرت بمعول الخراب البشري يقوض نفوسها ، وقامت تستعمل كفاعلة ذلك الخطر بالتعاون والمعاودة حتى صار لها آلاف الاعضاء العاملة على دفع ذلك واصبح لديها عدد غير قليل من المستوصفات والملاجئ والمصاح (سانتوريوم) ولا تزال دائبة في مكافحة ذلك حتى تدفعه تماماً .

فيتضح لنا من ذكر هذه الامثلة ان الامر في درء الاخطار الصحية عن امة ما لا يتوقف بكليته على حكومة تلك الامة مهما بلغت من الرقي شأواً بعيداً بل على الافراد فيها ان يتبادلوا المعونة فيعهم السلام وتشملهم السعادة .

فلتأسس هذا التعاون ندعوكم والى تبادل هذه الاعمال النافعة نندبكم والى مساعدة اخوانكم البائسين نستنهض حميتكم .

آفاننا الصحية المهددة لكياننا كثيرة ايها السادة الكرام ولكن منها ما لا يصطبر عليه مطلقاً فالجوائح كلها والامراض الالهلية بانواعها لم تكن بالشيء المذكور لقاء عدد قليل وقليل جداً من الامراض هي معول الفناء تحصد النفوس حصداً ذريعاً هائلاً الا وهي السل والامراض الزهرية (اي الافرنجي وحرقة البول .) والكحول في بعض الامم ايضاً .

تلك الامراض التي لا يرى الشخص فيها ذلك الخطر المداهم او البلاء الجارف في نظره اليها نظرة بسيطة ، اما اذا تعمق في البحث عن حقيقتها فيراها البلية العظمى بل الطامة الكبرى . ثلاثة ولا ننكر انها ليست في درجة واحدة في فتكها الا ان النتيجة واحدة تقريباً في كل منها .

ولا ياخذن العجب ببعض الاخوان ولا سيما الشبان فينا من قولي هذا ولا يتضحكوا في سرهم من حشري حرقة البول بين تلك الامراض القتالة ذلك المرض البسيط البسيط جداً عندهم حتى ان البعض يحسبه من الامور الاعتيادية التافهة فتراه يصاب به المرتين والمرات غير حاسب لما يتركه فيه من الاثار حساباً فيمر بها مر الكرام حتى اذا ذهبت منه سكرة الشباب وجد نفسه قد خسر كل شيء . يصاب الشخص بهذا قبل الزواج فيكون زواجه المتأخر هذا بلا ثرة غالباً اي يكون عميقاً فيكون بذلك قد جنى على نفسه وامته فلم يترك لها عقباً يعقبه بنحمتها فتقطع سلسلة الحياة في عياله من بعده . فكم يكون تأثير ذلك في اضمحلال امة كثر فيها هذا الداء الويل وتفشى بين افرادها حتى عم اكثر من نصف شبانها ؟؟

ومثل هذا في الخطر بل اشد منه داء الافرنج او المرض الزهري الذي قلما يبارح البدن الذي ينزل فيه بسهولة وبدون ان يترك فيه اثرًا سيئاً او يظهر في اعقابها ان اخطأ نفسه . وما اكثر ما نراه من العته والجنون وغيرهما في من كان آباؤهم قد اصابوا بفتك ذلك الداء العضال الذي لم يستأصلوا شأفته من اجسادهم .

بل ما اشد فتك هذه البلايا في امة بلغت فيها هذه الامراض الزهرية مبلغاً كان يموت منها شخص واحد في ١٢ دقيقة من دقائق الحياة اي خمسة في كل ساعة وذلك من شهداء هذا الداء فقط دون ان يضاف اليه ما يسببه من الانقراض في بعض الجماعات المصابة بالعقم ايضاً .

اما شر هذه الامراض وافتكها في الامم بلا جدال فهو : السل . ذلك السيف المسلط فوق رؤوسنا والسهم المرائس المسدد الى صدورنا ، لا يسلم من شر غارته كبير او صغير رفيع او وضعيع الا من رحمه وامده بجيش مدافع ، قوي على صد هجماته والوقوف امام تيار غاراته .

لان الاختلاف كبير بين سراية كل من هذه الامراض فالامراض الزهرية شديدة السراية نعم ولكن من اكبر اسبابها المقارنة ونذر ان يكون لها سبب غيرها اي انها تشتري بالدرهم على الاكثر اما السل فليس كذلك . اذانه يصيب القريب والبعيد ويتقل ويسافر ويجول القفار والبحار دون ان تؤثر فيه تلك الاسفار وشر البلية ان المسلول خطر على البشر في كل لحظة من لحظات حياته بل وفي ماته ايضاً . وهو جحيم سيار ، في كل نقشة من نفثاته بلاء وفي كل بصقة تخرج

من فيه وباء وفي كل سعدة من سعلاته موت وفناء . يدخل السل البدن دون ما استئذان ولا اخبار ، يعيش ويفرخ دون علم من صاحبه وحامله ، وما اسعد الحмир في ذلك لانها مصنوعة منه خلقة .

هذا هو الداء الذي يفتك في جميع الامم اياما فتك ويهددها دوماً بالاضمحلال والانقراض يذهب منا كل يوم بالآلآت ويزداد رويداً رويداً في فتكه دون ان ندري بما يحمره علينا من الشرور والويلات وتدل الاحصاءات في بعض الامم على ان ضحاياه تنوف عن مئات الالوف سنويا الامر الذي جعلها تشط لمكافحة بجهلها وبمجهلتها وتأخذ للدفاع عن نفسها عدتها فأكثر من عدد المستوصفات والملاجيء والمصاح وسعت الى تحذير الشعب من اذاه بكل واسطة ممكنة كنشر النشرات وبث الدعوات واصدار الجرائد الخاصة والمجلات . فنجحت بعملها هذا نجاحاً باهراً حتى ان الامة الانكليزية توفر بسبب هذه الاحتياطات ثلاثين في المائة من مجموع وفيات السل في بلادها وهذا وفر عظيم لا سيما وان اكثر ضحايا هذا المرض تكون في الشباب والكمول اي في القسم العامل من الامة

وعليه وبناء على ما هو محسوس بين ايدينا من زيادة الاصابات بهذا الداء وانتشاره بيننا اتشاوراً يدعو الى القلق اراد بعض من مفكري هذه الامة ومتنور بها ان يحذرو في مكافحة هذا الداء حذو من سبقهم وان يستفيدوا من تجاربهم ويتخبوا اقرب الطرق وانجحها . وكان اول عمل ارادوه احياء هذه الحفلة المباركة للتذكير والتحذير ، وتبادل الاراء والافكار وحث اريحة ذوي الحمية للمبادرة الى مساعدة من جار عليهم هذا الداء او يحور وبذلك لا يكونون احسنوا الى المرضى فقط بل الى الاصحاء انفسهم ايضا لان الاعتناء بالمرضى مما يخفف

ويلات العدوى منه والسعي في منع الإصابة هو خير واسطة لاستئصال شأفة هذا البلاء الثقيل .

وإني موجز لكم باختصار كل ما تلزم معرفته عن شر الآفات البشرية الا وهو السل :

السل مرض سار ، شديد السراية ، ثبتت عدواه قبل كشف جرثومته بسنين .

ومنذ اكتشف كوخ (العالم الألماني الشهير) هذه الجرثومة الجهنمية واثبت فعلها وبين صفاتها وأخلاقها ثبت فناً ان سبب العدوى هو انتقال هذه الجرثومة من شخص مريض لآخر سالم بأحدى الوسائط المختلفة

فمنشأ العدوى هو المريض بآفاته المفتوحة خارجاً ولا سيما منها البصاق والبصاق أكبر واسطة لنشر هذا المرض ، ولقد اثبت بعض العلماء فلوغر وتلامذته ان تلك الاقسام الصغيرة من البصاق التي ينثرها المسلول حوله اثناء سعاله او عطسه حتى التي ينثرها اثناء تكلمه كل هذه تكون حاملة لهذه الجراثيم الوخيمة . ومنطقة انتشار هذه الذرات الصغيرة لا نقل عن متر واحد حول المريض حتى ان هذه الاقسام الصغيرة قد تبقى معلقة في الهواء مدة نصف ساعة من الزمن فما اشد خطر المسلول على من حوله من اهله وخلانته ولا سيما اذا كان ثرثاراً كثير الضحك . ومثل ذلك مصافحة المريض والاكل معه ومجالسته والنخ .

وخطر العدوى يكون أكبر كثيراً كلما نشف البصاق او النفث وانتقل بهاء مختلطاً بالغبار ولهذا يجب عدم الكسب الناشف او التنفيض والنخ . لان

هذه الجراثيم تعيش في هذه الحالة مدة طويلة اي من شهرين الى عشرة اشهر ولا سيما اذا كانت محفوظة في مكان ظليل لان اشعة الشمس لا تساعد على الحياة طويلا . واني لارجو منكم ان تحتفظوا بهذه الجملة جيداً لانها ستفيدنا كثيراً

اما الاصابة فتكون في الدرجة الاولى من الطريق التنفسي اي باستنشاق هذه الذرات او الغبار الحاملة لتلك الجراثيم .

اما اسباب العدوى بهذه الوسائط فهي بالدرجة الاولى العيشة مع شخص مسلول سعيلا او في جواره ولا سيما اذا كان كثير البصاق عديم الانتباه لما ينفثه حوله من الجراثيم الفتاكة القتالة . ومما يساعد على ذلك ايضا بصقه في الامكنة الكثيرة الشقوق في الارض كارض الغرف الخشبية وعربات الحافلات والقطارات وما اشبه .

ومن الاسباب المهمة لهذه العدوى كثيراً الارث ، وحالة الشخص في الدرجة الثانية . فالسل لا ينتقل بالارث كما ثبت لنا الا ان الطفل المولود من ابوين مسلولين او احدهما قلما يقوى على مقاومة هذه الجراثيم من اول صولة تصولها عليها ، على العكس من غيره من الاشخاص الاصحاء . . وقد ثبت ايضاً ان كثيراً من الاشخاص السالبة والتي لم يظهر فيها اقل عرض سلبي ، قد وجد في جشها بعض اثار تدل على شفاء هذا المرض او عدم تمكنه من الصولة والانتشار في ذلك البدن وما ذلك الا بفضل قوة البدن ونشاطه وحسن مدافعة ابطاله الاشداء .

وعلى العكس من ذلك تكون الاصابة قريية المأخذ كثيراً في الاشخاص الضعفاء ، الضيقي الصدر ، المدمني للخمر ، البؤساء ، المنهوكين من الجوع او غيره ، والذين يعيشون في الامكنة المزدحمة ، الرطبة ، غير الصحية لقلة نورها او هوائها ، فكل هذه الاسباب هي من اكبر العوامل على انتشار السل وسرعة نفسيه .

والخلاصة فعدوى السل تتم بوجود منبع للسراية وهو المريض بنفته مباشرة او بعد نشوفته واختلاطه بالتراب ، وبوجود بدن غير صحيح منتهي لهذه الاصابة للاسباب التي ذكرناها .

اما التحفظ فيكون حسب ما قدمنا مبني على امرين ايضاً احدهما اتلاف تلك الجراثيم والحيلولة في سرايتها وحفظ البدن صحيحاً سليماً ما امكن .

فللوصول للاولى يلزمنا تفهيم المريض الا يصق في الارض ويستعمل مبطقة خاصة او في منديل من ورق يسهل حرقه سريعاً بعد تلوثه . وما اشبه . بل الاحسن من هذا ان نسعى الى تقليل المسلولين بيننا ونعتني بهم العناية الخاصة فنكون بذلك قد احسنا اليهم والى انفسنا ايضاً .

اما حفظ البدن سالماً ، صحيحاً فله الاهمية العظمى في امر هذا التحفظ لان السل كما يقولون لا يغير على البدن الصحيح بسهولة بل يتلف غالباً ويندحر امام اولئك الابطال المدافعين في البدن الا وهي البلعات اي تلك الخلايا البيضاء التي تلتهم بشدة تلك الدخلاء الثقلاء وتكون هذه الشدة اكثر وبالنتيجة تكون الغلبة لها كلما كان البدن في شروط صحية مناسبة غير بعيد عن الهواء الطلق

ونور الشمس وغير ذلك من الامور التي يعد الابتعاد عنها من اكبر الاسباب المهيئة للسل والتي يجب علينا الفرار منها فرارنا من السل نفسه وهي : قلة الهواء ، قلة الشمس سوء الغذاء والانهماك في اي امر كان والفقر لانه اساس هذه الشروط كلها .

شفاء السل : مع كل ما تقدم من خطر هذا المرض الويل نجد انه - والحمد لله - قابل للشفاء كغيره من الامراض وهذا ثابت محقق . حتي ان بعض المؤلفين يرى ان السل على شدة سرايته السابقة الذكر وكثرة اسبابها قل بين البشر من لم يصب به في حياته الا ان هذا المرض سليم يشفى بسهولة اذا كان البدن قويا غير عليل ولا ضعيف . واثبات ذلك انه وجد ان ٦٠ في المائة من الشيوخ المتوفين بسبب احد الامراض السائرة ولم يكن فيهم اي عرض سلمي ، انهم يحملون في اعضائهم آثار سل سابق ، وكذلك وجد ان اكثر من نصف عدد الاشخاص الكهول الذين ماتوا قضاء يحملون التدرن في ذرى رئائهم كما ان جميع الاشلاء التي تفتح بعد الموت في المدن الكبيرة الكثيرة الازدحام ، تظهر آثار سل شفي سابقاً في ذلك البدن .

فشفاء السل امر واقع بل هو كبير الوقوع . اللهم الا اذا كان في درجة مترقية لا يقوى البدن معها على ملافاة خرابها او لو كان البدن ضعيفاً غير قادر على الدفاع لقاء هجمات ذلك العدو الالذ .

ولم نصادف من الاشخاص اناسا تظهر فيهم اعراض السل الشديد وهلة ، بسبب بسيط ، كصدمة على الصدر مثلا او تعرض قليل للبرد او للتعب ، او ما شابه ذلك . وما سبب هذا الاتقهقر البدن امام عدوه الذي كان ينتهز الفرص والذي كانت الحرب بينها سجالات قبل هذه الطوارئ التي نصرت الجرثوم على البدن

والخلاصة - نجد ان السبل لا يقوى على البدن القوي الكامل العدد ،
النشيط للدفاع دائماً . والنشاط هو العلاج الوحيد ، الاكيد النتيجة
اما طريق الوصول الى ذلك فسهل وقريب جداً ينحصر في اجتناب
الامور المهيئة له ويكون ذلك بالحصول على الامور الاتية :

هواء جيد طلق

غذاء مفيد

راحة كافية

لا افراط ولا تفريط في كل عمل بدني او عقلي تلك الامور البسيطة التي
يمكننا بواسطتها ان نخلص الوف الضحايا من بين برائن ذلك الموت الزوأم والى
تحقيق ذلك نستنهض هممكم والسلام عليكم .



التعفن في الجراحة

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

لا يزال التعفن يتروصدا بعينه الساهرة على الرغم من الشؤ البعيد الذي بلغته الجراحة في ايامنا الحاضرة ولا تزال تلك الدواهي التي طردناها من قاعاتنا الجراحية بالمرصاد ترقب الفرص السانحة للفتك بنا اذا ما توانينا في حفظ القواعد التي سنهانا باستور . وقد جاءتنا الحرب العامة بالبرهان الدامغ على صحة ما اقول . فلنتذكر اذا دائماً التعفن ولنفهم ان تلوث الجرح قد يكون معناه الموت المحتم .

نحن الان في بلاد لا تزال تدفع للتعفن جزية كبيرة فعلى كل منا ان يستعد لمكافحة المكافحة الشديدة . ان جميع موءلفات الجراحة تصدر ابجاثها بالكلام عنه والموءلفون على سداد في ما يصنعون . واني جرياً على خطتهم ساجع في هذه العجالة خلاصة ما وصلت اليه ابجاثهم وتحرّياتهم .

ما هو التعفن ؟ يتصف التعفن بدخول عامل اجنبي للبيئة وتفاعل البيئة ازاء هذا الدخيل للقضاء عليه . وهو من الوجهة الجراحية تسرب الجراثيم العفنة في الجرح .

الجرثوم : هو هذا الخلق المتناهي في الصغر الذي تقاس ابعاده باجزاء من الف من الملمتر ولا يرى الا بالمجهر وهو في كل مكان : حولنا : في الماء والهواء والارض . علينا : على اثوابنا وجلدنا . فيما : في فمنا ومعدتنا وامعائنا

التفاعل : هو مجموعة الحوادث التي تفضي الى المرض وهذا المرض متفاوت الشدة منذ الالتهاب البسيط الموضعي (كما في انملة اصبع مثلا اثر وخزة) الى التعفن العام نعني به تعفن الدم المميت الذي يكون قد سبقه فلفمون او غنغرينا غازية .

بعد ان يفتح الجرثوم له منفذا في اغشيتنا اما من خلال جرح عارض في الجلد او جرح جراحي او تشقق غشاء الامعاء او القصبات المخاطي ماذا يحدث ؟
١ - اما ان يمر الامر دون ان يحدث شي فيسد المنفذ ويسير الجرثوم فيأوي الى نقطة منتظراً فرصة مناسبة لاثبات وجوده . وما ذلك الا لانه لم يجد من الشروط ما يلائمه لظهار فعله ولان النسيج لم يجد في ذلك العدو ما يدعوه الى شدة التفاعل . فتتحقق حينئذ الحالة التي ندعوها حالة الجراثيم الكامنة وهي حالة لا تظهر فيها فوعة العامل المرضي .

٢ - او ان العامل المرضي يضطر النسيج المهددة الى الدفاع فتشتعل بين الجرثوم المهاجم والنسيج المهاجمة معركة حامية الوطيس وصف جميع اطوارها وصفاً بديعا العالم متشيكوف وسماها البلعمة (phagocytose) وهي صورة لتنازع الحياة الذي نراه في الخلائق العليا .

لنفرض ان جرثوما او جراثيم ذات فوعة (virulents) دخلت نقطة من

نسجنا فان الاوعية في تلك المنطقة المهاجمة اي المتعفنة تتوسع ودوران الدم يبطئ فيها وتأتي الكريات البيضاء من جميع جهات الجسد للنضال .

ينفصل مجرى الدم في تلك الاوعية المتوسعة قسمين قسماً مركزياً سريعاً تسير فيه الكريات الحمراء وقسماً محيطياً ابطأ تنزلق فيه الكريات البيضاء على جدار الاوعية . ونشاهد حينئذ الحادث المسمى تحشية (margination) الكريات البيضاء ثم تنف هذه الكريات في خلايا بين خائتين من خلايا الوعاء الاليفيالية فتوسعه وتدفع مستطالاتها المحركة وتتمكن بفضل حركاتها نظيرة المتحولة (amiboides) من ترك الوعاء الذي سارت فيه وهذا ما يسمى الانسلال (diapédèse) وبعد ان تصبح حرة في النسيج تسير الى لقاء ذلك الدخيل نغني به الجرثوم ومنازلته .

فاما ان تغلب الكريات البيضاء فتحيط بالجرثوم ولا تلبث ان تبتله . فيقال ان الجرثوم قد بلعم (phagocyté) والتعفن قد قضي عليه وهو في مهده . وان الجرثوم بعد ان تبتله الكريات البيضاء يتكاثر وهو فيها فيقتلها ويمزقها مكوناً من جشثها الصديد غير ان الكريات الاخرى تنازل الجرثوم فتقع اشلاء كثيرة ولا تلبث الكريات ان تتنصر فيجتمع الصديد وبعد ان ينفرغ يبدأ الندب . وان الكريات البيضاء تغلب على امرها فيفوز الجرثوم لان البنية لا تحسن دفاعها اولان قواها الطبيعية عاجزة فيتكاثر الجرثوم وتتقل محصولات التجزوء والجراثيم نفسها في الدوران ناقلة التعفن الى البعد الى الاعضاء الرئيسة وهذا ما يسمى تعفن الدم او التسمم العام ، اي ولوج الجراثيم وذيفاناتها للدم . لانه عدا الحادث الذي يرمى بالمجرم وهو الذي جئت على وصفه يقع حادث اخر

كما يوي لا يقل عنه اهمية وهو ما لا يرى بالمجهر .
 الجرثوم والخلية كائنان حيان ولا بد في كل حياة من افراز فضلات سامة
 فهذه المفرزات يستخدمها هنا المتحاربان في القتال . فالكرية لا تكتفي بالاحاطة
 بالجرثوم بل تدافع عن نفسها بافراز مواد قاتلة للجرثوم . واذا كانت الجرثوم
 يفرز ذيفانات من شأنها قتل الخلايا فان هذه تفرز بدورها مضادات الذيفانات
 التي من شأنها قتل الجرثوم .

فمصادمة احدى المادتين للآخرى وتغلب احدهما على الثانية يجعلان النصر
 في جانب الخلايا او الجراثيم .

واما ان تضرب الجراثيم البنية منذ البدء ضربة قاضية او ان الوقت ينفصح
 لها للدفاع فتفرز مضادات الذيفان وتكون قد اكتسبت المناعة الدالة على انتهاء
 التعفن .

هذه هي الخطة التي يخططها التعفن والادوار التي يمر بها تظهر بتفاعلات
 تراها عينا الطبيب وهي ما نسميه اعراض التعفن غير ان هذه الاعراض لا تبدو
 الا متى كانت شديدة او متى وقع التعفن قريباً من الاغشية الظاهرة او في الجلد
 نفسه .

فالادوار الاولى من البلعمة (phagocytose) تناسب علامات الالتئاب
 موضعية فتوسع الاوعية يتم عنه احمرار الجلد واسراع الدوران الدموي يولد
 حرارة موضعية اشد وانسلاخ العناصر المصورة في الناحية تسبب الالم وهذا الالم
 العميق هو الذي يمكننا من تشخيص مركز التعفن متى كان بعيداً عن الاغشية
 ولم تبد فيه العلامات الاخرى .

وتتنفخ العقد البلغمية في البعد لأنها تقوم بعمل كبير وهو تجهيز جيش الدفاع نعني به الكريات البيضاء التي لا غنى للبيئة عنها .

وازدیاد الكريات البيضاء في الدم هو في الوقت نفسه عنصر من عناصر التشخيص متى لم تكن العلامات الأخرى . فمتى عدت الكريات البيضاء وكان عددها كبيراً دللتنا ان في العمق مجعاً قيحياً يتكون او انه على اهبة التكون وان الواجب يقضي بالتفتيش عنه . عدد الكريات البيضاء في الملمع المكعب وفي الحالة الطبيعية ٦ - ٨ الاف كرية فمتى تجاوز هذا العدد عشرة الاف ووصل الى ٢٠ او ثلاثين ألفاً قيل ان الكريات البيضاء قد ازدادت . والكريات التي يهمننا امرها في التعفن هي الكثيرات النوى فمتى ازداد معدّلها الذي هو في الحالة الطبيعية ٦٥ ٪ / ٧٥ ٪ واكثر قيل ان الكثيرات النوى قد ازدادت ودل الامر على تقيح محتمل الوقوع . يبين لنا هذا الامر حالة يتمكن بها المخبر من مساعدة السريريات في تشخيص بعض الحالات المغمضة .

ومتى لم يعد التعفن موضعياً فمرت الديدانات المفزعة الى الدم ظهرت حينئذ علامات التفاعل العام . فان استخدام جميع وسائط الدفاع يظهر بتشوش نظام الحرارة : فتبدو الحمى ويضطرب الدوران في الوقت نفسه لانه مناسب لها فيسرع النبض لان تقلصات القلب يتبدل نظمها وقوة التقلص تكون في الغالب معاكسة لعدد النبضات فيضعف النبض ايضا وهو ما يسمى بالنبض الخفي الدال على تأذي عضلة القلب .

غير ان التسمات متى كانت خطيرة لا تفاعل البنية فتسقط الحرارة ينسا النبض يسرع فيقال ان بين النبض والحرارة لبائنا وهو علامة وخيمة . وتسرع

حركات التنفس ايضاً لتبدل يطرأ على الجهاز العصبي المحيطي او المركزي .
وتظهر ايضاً اختلالات بولية : فالبول قليل مشبع اللون غني بالثالة الثابتة
وهذه هي صفات بول المحمومين . وقد تتأذى الكلية بالعناصر العنيفة التي
تجتازها فيبدو التهاب الكلية واستحالتها وهي كثيرة الحدوث اثر النقيحات
الطوية .

والكبد التي تقوم باتلاف العناصر السامة تضخم ايضاً . هذا هو مجمل
العلامات التي نشاهدها في التعفن غير انها تتبدل تبداً كبيراً لما يوءثر فيها من
العوامل المتعلقة بالبنار ونعني به الجرثوم او بالبنية المصابة . ونعني بها التربة التي
ينبت فيها ذلك البنار .

ولنوع الجرثوم تأثير ايضاً . فان فن الجراثيم قد اثيرى إثراءً كبيراً بعد
اكتشاف باستور للمكورات العنقودية (ستفيلوكوك) عامل الدم والمكورات
العقدية (ستر بتوك) عامل حمى النفاس وللضمات العفنة (vibrions septiques)
عامل التفسخ . وقد درست جيداً تعفنات الجروح في الحرب العامة فعرف دور
كل جرثوم منها وظهر ان المكورات العقدية اشدّها وخامة وان لكل جرثوم
رساساً (races) وان منها ما هو اشد وطأة من الاخر .

وما يقال في انواع الجراثيم يقال ايضاً في عددها فان البنية التي تقوى على
الدفاع ازاء عدد قليل من الجراثيم وتتغلب عليه وتكتسب به المناعة تلقي سلاحها
وتغلب متى كانت الجراثيم عديدة .

والجرثوم نفسه عرضة لتبدلات في شدة فوعته (virus) او خفتها فمتى
كانت خفيفة تبدل مشهد المرض وخفت اعراضه وعلى العكس متى كانت شديدة

فان الاعراض تشتد ايضاً .

و يشاهد هذا جيداً في الامراض الباطنة فان الداء اذا اصاب افراد اسرة الواحد بعد الاخر ازداد شدة كلما مر من مريض الى آخر . فالنزلة الوافدة التي اصابت الفرد الاول من الاسرة فلم تكن فيه الا زكاماً سليماً خفيفاً تحدث متى اصاب الفرد الاخير ذات رئة ميمية وينطبق هذا الامر على النقيحات ايضاً كما تثبت التواريخ الطبية فان المبضوعين (opérés) في بعض مستشفيات باريس كانوا قبل عهد باستور يموتون عن بكرة ابيهم ضحية بعض الجراثيم التي لم يكن الانسان قادراً على الانتصار عليها .

و شرط آخر في السريريات ينشط فوعة المرض وهو الاشتراكات الجرثومية فلم تكن اشكال التعفّنات المخيفة التي ظهرت في زمن الحرب معروفة في زمن السلم بل كان يظن الجراحون انها دخات في خبر كان . فما كادت تشتعل الشرارة الاولى من الحرب حتى بدا هول هذه الاشتراكات الجرثومية فان الاشكال المتنوعة من الغنغرينا الغازية ليست ناجمة من جراثيم نوعية متفاوتة الفوعة بل هي ناجمة من اشتراك جراثيم التفسخ العادية مع جراثيم النقيج العادية . وهذه الجراثيم المشتركة تتعاون تارة وتتنازع طوراً فيتغلب بعضها متى اعدت مفرزات البعض الاخر البيئة ملائمة لنموه . ففي جروح الحرب تنتظر العوامل المرضية لتبدأ فعلها في النسيج الحية عوامل التفسخ ريثما تخلصها من النسيج الميتة فلا عجب اذا بلغت تلك الاختبارات والتفسيخات اقصى درجات الشدة .

بسم . هذه الاشتراكات الجرثومية .

ودفاع البنية تابع لحالة تغذي النسيج والاحشاء . وقد قدم لنا جرحانا في

زمن الحرب البرهان الدماغ على صحة هذه الفكرة فان جميع الشروط كانت متوفرة للتعفن لكي يسيطر سيطرته وينتشر : فمن جرش النسيج الى الانصبابات الدموية الى التفتتات العظمية التي كانت تقع في ناحية الجرح وحوله وتعذر التعفن بيئة ملائمة جداً ، الى بقاء الاجسام الاجنبية كالرامي وقطع الاثواب الملوثة بالتراب التي كانت بيئة حسنة للكرزاز والفنغرينا ، الى البرد والتعب والسهل والتنبهات العصبية والتبلل بماء المطر والمشي بالاحوال التي تضعف البنية وتعيدها قليلة المتانة .

و يدخل في هذا الباب كل سبب مضعف للقوة الحيوية كالبيئة الاحينية والداء السكري وامراض القلب والحرص وسواها من الامراض التي تضعف دفاع البنية .

ولم كان التلقيح تأثيره ايضاً فاذا لقحت الطبقات السطحية من الادمة بالمكورات العقدية كانت منها الحمرة واذا لقح بها النسيج الخلوي تحت الجلد كان منها الفلغمون او لقحت بها رحم النفساء كان منها التعفن النفاسي .

وبعض النسيج اشد متانة من بعض فراحة اليد واخمص القدم والفروة اشد دفاعاً من الالية والفخذ والحماة (mollet) المكتنزة باللحم التي تكثر فيها الجروح النتنة .

ولا ننكر ان بعض البنى اشد دفاعاً من بعض بما اكتسبته من مناعة طبيعية ويرتبط سير التعفن في كل شخص بهذه المناعة الطبيعية او بالمناعة التي اكتسبت اكتساباً متفاوت السرعة .

انني اذا شئت ان اتكلم عن سير التعفن في كل حادثة من الحوادث يطول

في الكلام كثيراً غير أنني أجل وأقول أن جميع الأنواع السريرية تقع وتشاهد منذ التعفن الموضعي الخفيف حتى أنه يقع ويمر دون أن ينتبه له إلى التعفن العام الذي يصعق المريض قبل أن يتحضر للدفاع .

ومتى سار المرض إلى الشفاء تزول جميع الأعراض التي اشتدت في اثنائه فجأة فتطرح جميع الالتهابات بالطرق المختلفة وهذا ما يسمى النوبة (la crise) وقد يهب المنفذ الذي يدخل منه الجرثوم طرزا خاصا للتعفن في الجراحة . فعدا طريق الجلد نجد طريق الهضم وطريق التنفس اللذين يسير فيهما الجرثوم فيدخل منهما للبنية ويحدث فيها بوء رقيق .

وعدا الاشكال الحادة التي تنم عن تفاعل البنية الشديدة ازاء التعفن توصلنا الى طرده منها نرى الاشكال المزمنة التي تكون بها البنية والعامل المعفن قد توافقا بعض التوافق فلم يحدث احدهما ازاء الاخر الا تفاعلا عاما خفيفا . وهذا ما نراه في بعض التعففات السلية التي تتكيس فيها العصيات وتعتاد البنية استقرار هذه الجراثيم فيها كما ان الجراثيم تعيش في البنية دون ضوضاء او جلبلة منتظرة الزمن الذي يضعف به الجسد فينقلب الشكل المزمّن شكلا حادا .



تركيب الابدان الحية

وما فيها من العناصر

للصيدلي الكيماوي الاستاذ عبد الوهاب القنواقي

قام العلماء منذ امد بعيد بتجارب كثيرة على الابدان الحية لمعرفة تركيبها فتوصلوا الى كشف بعض العناصر المعروفة كالفحم ومولد الماء ومولد الحموضة والازوت والكبريت والفسفور والكور والكلس والمائزا والبوتاسيوم والصوديوم الخ . وكان هذا العدد يأخذ بالتزايد بنسبة تقدم الفن وقد تفرد بعضهم فتوصل الى اثبات بعض العناصر الزهيدة الكمية كالبيود والزرنيخ بفضل الكواشف الحساسة الدقيقة التي توصلوا اليها بعد الجهود العظيمة .

ومن الذين كرسوا حياتهم لهذا الغرض الاستاذ غابريل برتران فقد توصل بسعة علمه وكثرة تنقيبه الى جمع شتات ما وصل اليه علماء الفن وطرقهم التي سلكوها واساليبهم التي اعتمدوا عليها واخذ يعدل بعضها باضافة او حذف وقد وجد بعض طرائق بنفسه قتلها درساً وتمحيصاً فكانت معجزة من معجزات الفن الحاضر وحجة من حججه الدامغة واصبحت عماداً يستند اليها اكثر العلماء .

والذي يحضر درس برتران في مؤسسة باستور في باريز يعلم قيمة ذلك الرجل وقيمة ابحاثه وتأخذه الدهشة والعجب من سعة الاطلاع وغزارة المادة ودقة الاصول .

قسم برتران العناصر الداخلة في تركيب الابدان الحية ، الحيوانية والنباتية قسمين : الاول العناصر الكثيرة الوجود والتي تؤلف في البدن الحي بناء القويم وهي الفحم ومولد الماء ومولد الحموضة والازوت والكبريت والفسفور والكلور والحديد والكسيوم والمانيزا والبوتاسيوم والصوديوم ودعاهها العناصر المصورة وهي ثابتة المقدار تقريباً وكلها ذات وزن جوهري صغير فحرارتها الخاصة اذن كبيرة ، تحتفظ بحرارة الجسم الغريزية ويكون انتقال تلك الحرارة منها ضعيفاً فهي في هذا الشأن ذات نشاط اكبر بكثير من الاجسام الكبيرة الوزن .

اما عناصر القسم الثاني فليست اقل قيمة حيوية من المتقدمة وكمياتها زهيدة جداً وهي المانغانز والسيليس والألومينيوم والفنواور والبور واليود والبروم والزرنيخ والتوتيا والنحاس وقد دعاها عناصر العامل بالتماس وهي ضرورية الوجود ولكنها ليست ثابتة المقدار وبعضها يوجد عرضاً او مرضاً وفي بعض الاعضاء دون البعض الاخر كوجود الرصاص في كبد الانسان مثلاً او كوجود التوتيا في الاورام السرطانية .

اكثر هذه العناصر ذو وزن كبير ووجودها في البدن امر ضروري مهم لانها تعمل في الاجسام الداخلة للبدن لتغذيته اعمالاً لا تتم بغيرها .
 حدا بي الى هذه المقدمة المطولة كشف الذهب في الاجسام الحية وفي اغذيتها .

فقد جاء في تقرير الدكتور راينار برغ استاذ الكيمياء الحيوية في مستشفى فريدر يك ستارت في درسد سنة ١٩٢٨ :

ان الذهب موجود في الاغذية والاعضاء لا كما كان يظن فيما سبق بخلو

الاجسام الحية منه .

فوجد الاستاذ المشار اليه في صحن حساء معمول من برغل العلف يزن ١٥٠ غراماً عُشر ملغرام من الذهب .

ولم يجد في ٢٥٠ غراماً من العسل شيئاً من الذهب ولكنه وجد آثاراً زهيدة في ٦٢٥ غراماً من عصير العنب وفي ٥٥٠ غراماً من عصير التفاح وفي ١٠٠ غرام من دقيق القمح ثم ابان ان الدقيق الخالص الكثير النعومة لا يحوي ذهباً بخلاف الدقيق معمول من القمح جميعه (رأسه بعبه كما يعبر عنه في بلادنا) فقد وجد ملغراماً واحداً من الذهب في ٣٠٠ غرام من خبز الدقيق المتقدم ووجد المقدار نفسه في ١٠٠ غرام من خبز الجودار و بناء على ذلك فالذهب موجود في اغشية الحب اكثر من لبه .

وقد وجد ايضاً عشر ملغرام من الذهب في مائة غرام بنديق ووجد ٤٦٦ ملغرامات من الذهب في خمسين لتر ماء شرب اعتيادي .
ثم وجد ان فضلات الحيوانات آكلة الحشائش تحصل في اليوم ملغراماً واحداً من الذهب .

ولم يجد في بول الانسان الا آثاراً زهيدة جداً من الذهب فقد تبين له ان الانسان يطرح في اليوم مع البول عُشر ملغرام والسبب في ذلك لان القسم الاكبر من الذهب يطرح من البدن عن طريق الامعاء الغليظة .
ثم علم ان في دم الانسان ذهباً فوجد في الكيلو الواحد منه ثلاثة اعشار الملغرام .

وقد وجد ان دماغ الثور اكثر الاعضاء غناء بالذهب يحوي الكيلو الواحد

من الدماغ اربعة عشر ملغراماً بينا ان الكيلو الواحد من كبدة الثور يحوي اكثر من عشري الماغرام .

فبناء على ما تقدم يستنتج ان جسم الانسان يحوي ذهباً كما اثبت ذلك رينيار في دمه و بوله وغائطه ، يدخل هذا الذهب بالطعمة كالقمح والحبوب والفواكه والاثار والخضر والماء و بعد ان يتمثل يدخل قسم منه الدم فيوصله الى كل ناحية من نواحي البدن و يخرج القسم الباقي مع العائط .

ولم يحرم الفقير الذهب في طعامه وشرابه لان الفقراء يأكلون عادة طحين القمح (رأسه بعينه) فيكونون قد ادخلوا الى ابدانهم كمية من الذهب اكثر مما يدخله الاغنياء الذين يأكلون طحين لب القمح الخالي من الذهب .

واخيراً يمكننا ان اقول بان الابدان الحية تحوي جميع العناصر الموجودة في الارض وان العلماء قد كشفوا بعضها فقط على انهم سيتوصلون حتماً الى اكتشاف البقية الباقية منها مع مرور الايام والسبب في ذلك ان الابدان الحية مخلوقة من تراب الارض ومحبولة بمائها . وقد اشار الى ذلك علماء الفن الاقدمين فقال احدهم

وتزعم انك جسم صغير وفيك انطوى العالم الاكبر
فلنصف اذن الى مجموعتنا الماضية الذهب وليعلم الناس انهم يأكلون ذهباً
و يشربون ذهباً وينفقون مع فضلاتهم ذهباً من حيث لا يدرون .



علاقة الحمل بتسوس الاسنان

للدكتور ابراهيم قندلفت

رئيس مخبر طب الاسنان في المعهد الطبي العربي

هل من علاقة سببية بين الحمل وتسوس الاسنان ؟

ينقسم العلماء في الاجابة عن هذا السؤال فثنين قديمة وجديدة . فالقنة القديمة ورئيسها الدكتور ميلر والدكتور ماجتوت (Miller & Magitot) تقول بالعلاقة المذكورة .

اما القنة الجديدة ورئيسها الدكتور هو بويل سميث (Hopwell Smith) فلا تعترف بادنى علاقة بين الحمل وتسوس الاسنان .

ولا بد قبل الخوض في الموضوع والمقابلة بين حجج كل من الفريقين من الاشارة الى مزتين مهمتين اتصفت بهما البحوث القنة الجديدة اولاهما وسائل البحث والتنقيب الحديثة كالمجاهر الفائقة التكبير والاشعة المجهولة وطرق التلوين الحديثة وغير ذلك من الوسائل التي لم تعرفها القنة القديمة او عرفتها في عهدها الاول فقط والتي تمكنت بواسطتها القنة الجديدة من درس تركيب الاسنان ونسجها وخلقتها في حالتي الصحة والمرض درساً مدققاً وثانيتها تعاون العلماء في الوقت الحاضر بفضل معاهد البحث والتنقيب التي لم يكن لها اثر نيف ذلك

العهد يوم كان طب لاسنان مقتصرأ على الخلع يجريه الاطباء كافة اذ لم يكن
ثمت مدارس او جامعات لتخريج اطباء الاسنان .

اراء الدكتور ميلر : الدكتور ميلر هو مؤسس الاعتقاد الشائع بان الحمل
احد اسباب التسوس الذي يحدث في الاسنان . ويبدأ بحثه بقوله ان التسوس
اكثر حدوثاً في اسنان الحاملات مما هو في غيرهن من النساء (وسنبحث فيما بعد
عن صحة نظريته هذه) . ويفرض لتعليل ذلك ان الحمل حالة خصوصية في
الام تجري في اثنائها عدة تغيرات مرضية اهمها استمداد المواد الكلسية من جسم
الام لتكوين صقل الجنين . ولما كانت الاسنان غنية بالمواد الكلسية كانت من
اهم الاعضاء التي تستمد منها هذه المواد . غير ان الدكتور ميلر لا يبين كيفية
وقوع هذا الانتقال . ومتى فقدت الاسنان جزءاً من موادها الكلسية قلت
كثافتها وضعف الاتحاد الكيماوي بين شبكتيها العضوية وغير العضوية اللتين
تتألف منها . فتضعف مقاومتها للحوامض الموجودة في الفم التي تحل مواشير
المينا فتتمهد بذلك السبيل لدخول الفطور للعاج تلك الفطور التي تعمل مع
الحوامض على نخر العاج الى ان تصل الى اللب .

هذه خلاصة نظرية الدكتور ميلر وقد أيدته في نظريته هذه الدكتور
بلاك (Black) الشهير والدكتور كرك (Kirk) وغيرهما من العلماء والباحثين
ليس في عصره فقط بل في عصرنا هذا ايضاً . ولم تختلف اراء هؤلاء العلماء الا
من حيث نوع الجراثيم المسببة للتسوس .

نظرية الدكتور بوديكر (Boidecher) : قلنا ان الدكتور ميلر لم يبين في
نظريته المذكورة اعلاه كيفية انتقال المواد الكلسية من الاسنان . فأتى بعده

الدكتور بوديكر وأوضح ذلك بأن حقن بعض الحيوانات بأصباغ مختلفة فوجد أن هذه الأصباغ كانت ترسب في أنابيب العاج حتى في المينا أيضاً لمدة محدود كذلك وجد أيضاً أنه إذا طلى سطح المينا الخارجي بمحلول نترات الفضة تخال هذا المحلول سماكة المينا كلها وسودها . فاستنتج من ذلك وجود دورة بلغمية كاملة تتخلل أنابيب العاج وأنه كما يمكن ترسيب الأصباغ في أنابيب العاج بواسطة هذه الدورة البلغمية كذلك يمكن أيضاً نقل المواد الكلسية بالواسطة نفسها . هذا من جهة العاج . أما من جهة المينا فقد دعت التجربة المذكورة أعلاه إلى تغيير الاعتقاد الشائع عن تركيب المينا النسيجي والقول بوجود غلاف مؤلف من مادة عضوية يحيط بكل من مواشير المينا . وأنه لولا هذا الغلاف لما أمكن صلب المينا كله بمجرد طلي سطحه الخارجي بمحلول نترات الفضة .

وقد أيد الدكتور بوديكر في ذلك الدكتور هاو (Howe) مستنداً إلى الأبحاث الطيفية التي أجراها الدكتور دوكلاس في جامعة هارفارد وزاد عليه بقوله أن الاعتقاد بوجود مادة عضوية في المينا يسهل علينا كيفية انتقال الكلس من المينا أثناء الحمل وحصول التسوس بعد ذلك .

أراء الدكتور بيرس (Pierce) : الدكتور بيرس هو صاحب الأبحاث الشهيرة عن الاستقرار الكلسية في الجسم وأهميتها النسبية ومع أنه من العلماء المعاصرين فقد أيد النظريات المذكورة أعلاه وزاد على ذلك بأن أوصى باتخاذ تدابير واحتياطات واقية ضد التسوس أثناء الحمل . ولا تعرض هنا لتفاصيل التجارب التي أجراها الدكتور بيرس المذكور لأننا لم نذكر أراءه إلا لنبين

للقارىء انه يوجد حتى في الوقت الحاضر علماء ثقة يؤيدون النظرية القديمة .

نتقل الان من النظرية القديمة المعروفة بنظرية الدكتور ميلر الى نظرية اخرى تشبهها الا انها تختلف عنها في تفسيرها لكيفية حدوث التسوس اثناء الحمل وتعرف هذه النظرية بنظرية الدكتور ماجتوت (Magitot) ويمكن تسميتها بالنظرية القديمة المعدلة . وقد حاول الدكتور المذكور ان يوجد علاقة بين نتائج ابحاثه عن حموضة اللعاب وحصول التسوس في اسنان الحامل . فقد تبين له اثناء تجاربه ان اللعاب الذي تفرزه النكفة يختلف في حموضته عن اللعاب الذي تفرزه الغدة تحت اللسان وان لعاب هذه يختلف ايضا عن لعاب الغدة تحت الفك . غير ان مفرزات هذه الغدد الثلاث لدى وصولها الى الفم يختلط بعضها ببعض الاخر وتؤثر فيها الخماثر فتصبح حموضتها واحدة هذا في الحالة الطبيعية اما اثناء الحمل فان حموضة اللعاب تزداد بسبب الخماثر التي تخرج من القيء . فينتج من زيادة الحموضة ازدياد سرعة انحلال المينا فيحصل التسوس بنسبة معادلة لحموضة اللعاب .

هذه خلاصه اراء الفئة القديمة من العلماء من جهة علاقة الحمل بالتسوس . ثم عقب ذلك فترة من الزمن اهتم فيها البحث عن اسباب التسوس وعلاقته بالحمل لان افكار العلماء وباحثهم اتجهت نحو نتائج التسوس وطرق معالجته بدلا من البحث عن اسبابه . وظلت الحال كذلك الى ان اتى الدكتور سميث (Smith) وهو من العلماء الثقة الباحثين في تشريح الاسنان ونسجها وخلقتها وامراضها فبعث القضية من مرقدها . لكنه بدلا من ان يؤيد من سبقه من العلماء القائلين

بان الحمل احد اسباب التسوس جاهر بنظرية جديدة هي والنظرية القديمة على
طريقه نقيض اذ انها تنكر كل علاقة بين الحمل والتسوس . والى القارىء
خلاصة ابحاثه .

اراء الدكتور سميث (Smith) : يبدأ الدكتور سميث نظريته يبحث نسج
السن الثلاثة اي المينا والعاج واللب فيقول :

(١) المينا : هو مادة متكلسة تفرزها الخلايا المولدة للمينا وهي فريدة في
تركيبها لا وجود لها في محل اخر من الجسم . وهي اصلب مادة غير عضوية
موجودة فيه .

وليس في المينا اوعية دموية ولا الياف ولا خلايا ولا هيولى ولا اعصاب
فما تقدم وحده يمكننا ان نستنتج ان المينا مادة ميتة غير اننا لزيادة الايضاح
نقول ان للمادة الحية صفات خاصة تميزها عن غير الحية اهمها الصفات الاتية
(١) التطور (métabolisme) . ونعني بذلك نمو الكائن الحي بتمثله مواد
خارجية ومقدرته على تعويض ما يفقد منه وحدث التأكد فيه . ولا يجري
في المينا شيء مما ذكر فهو لا ينمو بالمثل لانه مؤلف من افراز الخلايا المولدة
للمينا التي تمتص بعد ان تؤدى مهمتها . كذلك لا يستطيع المينا التعويض
عما يفقد منه ولا يجري فيه أدنى تأكد .

(٢) قابلية التنبه . وهي اجابة الكائن الحي الخلقية للتغيرات الداخلية
والمؤثرات الخارجية . وهي احدى وظائف الهيولى التي لا وجود لها في المينا
(٣) قابلية التقلص التي تظهرها الخلايا الحية متى عرض لها مؤثر او مبهج

خارجي . والميناء غير قابل التقلص فاذا عرض له ما يدعو الى ذلك كهبوط الحرارة الفجائي فانه يتشقق بدلاً من ان يتقلص .

(٤) التناسل اي تكوين خلايا حية من خلايا مثلها ويقتضي لذلك وجود الجسم المركزي في الخلية ولما كان هذا لا وجود له في الميناء كان حصول التناسل في الاخير مستحيلاً .

(٥) التحال الحيوي (osmose) ويقتضي لذلك وجود غشاء تحالي (osmotique) والميناء خال منه .

(٦) قابلية التكيف اي تعود الجسم الحي مؤثراً ومنهياً خارجياً . وليس ما يدلنا على ان الميناء يتكيف بحسب المحيط .

(٧) التنفس وهذا لا يحدث في الميناء .

(٨) المناعة ونعني بذلك مقاومة الجسم الحي للجراثيم بواسطة البلعمات (phagocytes) وليس هنالك ادنى دليل على وجود المناعة او قوة المقاومة في الميناء فان التسوس يبتدىء في سطح الميناء الخارجي ثم يخرقه الى ان يصل الى العاج دون ان تبدو من الاول اقل مقاومة .

فيتضح مما تقدم ان الميناء لا يبدي اية تظاهرة من تظاهرات الحياة فهو اذاً ميت ولما كان المرض لا يحدث الا في الاجسام الحية فلا يمكن ان يحدث في الميناء وجل ما يمكن ان يجري فيه انما هو عطب خارجي كالكسر او التسوس . اما ما يلاحظ احياناً من اشكال سوء التكون في الميناء كالبقع الصفراء او الطباشيرية اللون والاسنان المسننة كالنشار فسببها مرض يعتري الحلا

المكونة للميناء اثناء نمو السن .

ننتقل الان الى العاج . وكما حاولنا تطبيق مظاهر الحياة على الميناء فوجدناه ميتاً كذلك يمكننا تطبيقها على العاج والاستدلال من ذلك على خلوه من الحياة والعاج ميت ليس من الوجهتين النسيجية والخلقية فقط بل من جهة تأثير العقاقير فيه ايضا . ويتبين من التجربة الآتية ان العاج خال من الاعصاب فهو لذلك غير قابل للتنبه . فاذا اخذنا احد المخدرات الموضعية الذي اذا وضع على اي نسيج حي احدث فيه تخديراً تختلف شدته باختلاف قوة المحلول اقول اذا اخذنا احد هذه المخدرات ووضعناه على العاج لم يأت باقل تأثير حتى لو كان المحلول مشبعاً بالمادة المخدرة . نعم لا ينكر انه من الممكن باستعمال الضغط ان نجعل المحلول المذكور يخترق انابيب العاج الى ان يصل الى اللب فيؤثر فيه لوجود الاعصاب فيه فتخف بذلك حسية العاج او تزول غير ان ذلك لا يعني ان العاج هو الذي قد تتخدر بل هو اللب . ورب معترض يقول : اذا كان العاج خالياً من الاعصاب فكيف تعمل حسيته ؟ الجواب على ذلك هو ان ما ندعوه بحسية العاج ليس في الحقيقة سوى مظهر من مظاهر احساس اللب يلعب العاج فيه دور الوسيط او الناقل الالي بين المنبهات الخارجية التي تحدث الالم واللب الذي يشعر به وذلك بتغير الضغط في انابيب العاج . نعم ان البلغم والالياف الموجودة في هذه الانابيب هي مواد عضوية الاصل لكنها ميتة لا حياة فيها . غير ان لتكوين العاج العضوي اهمية خلقية كبيرة فهو يلعب دور الوسيط بين اللب الحي والميناء الميت فلو لامس اللب الميناء مباشرة لحاول الاول التخلص من الاخير كما يحاول

الجسد التخلص من الاجسام الغريبة التي تدخله .

نتقل الان الى اللب فنقول : ليس من ينكر ان اللب عضو حي غير انه ليس حياً مثل بقية اعضاء الجسد كالقلب مثلاً بل هو عضو فريد واقع في محيط الجسم لذلك كان عرضة للتغيرات المحيطية . وهو لا يستطيع النمو ولا التعويض عما يفقد منه من الاجزاء . لانه محاط بجدران علجية صلبة ودورته الدموية محدودة . وجل ما يمكن ان يأتيه ازاء المؤثرات او المنبهات الخارجية كالتسوس مثلاً هو محاولته حماية نفسه بافرازه مادة كلسية ترسب على سطح العاج الداخلي كعاج ثانوي . غير انه لا يمكن تشبيه عملية الافراز هذه بافراز الغدد لانه يتم بنقطة مادة اللب نفسه اي انه كلما زاد الافراز صغر حجم اللب . وفيما يلي بعض ميزات اللب التي تجعله كما قلنا سابقاً عضواً فريداً في الجسم .

(١) ليس لللب دورة دموية جانبية لذلك كان الامل بشفاؤه من العليل التي تعتريه ضعيفاً .

(٢) لاصحات في اورددة اللب لذلك كان الاحتقان والتخثر كثيري الحدوث فيه .

(٣) ليس في اللب جهاز بلغمي . نعم ان اللب محاط بالبلغم غير انه لا يمكن تعيين مصدر هذا البلغم . فيظن البعض انه ينفذ الى اللب بالتحال من الدورة البلغمية في الرباط السنخي . ويظن البعض الاخر انه ينفذ الى اللب من الاوعية الشعرية الموجودة في اللب نفسه .

(٤) ليس هنالك رقابة عصبية مباشرة على محيط اللب لذلك كانت التغيرات الخارجية كثيرة الضرر به .

(٥) اللب محاط بجدران صلبة لذلك كان موت اللب نتيجة محتمة لكل التهاب يحدث فيه .

(٥) اللب كثير التعرض لتغيرات الحرارة .

اما من الوجهة الخلقية فان وظيفة اللب الرئيسة هي المحافظة على حجم العاج بالرطوبة التي فيه ولولا ذلك لتقلص العاج وتشقق الميناء الذي يغطيه وفوق ذلك فان اللب مركز عصبي ينقل التأثيرات الخارجية للدماغ .

« للبحث صلة »



خلاصة مؤتمر بوردو

للدكتور انستاس شاهين

رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

عقد هذه السنة في بوردو مؤتمر الامراض الاذنية والعصبية والعينية وطرق المؤتمرين ابحاثاً جليلة الفائدة وقفنا عندها وقفة الراغب في نقلها الى زملائنا العرب ولما كانت مسهبة ويستغرق الاتيان على مجملها اجزاء عديدة من هذه المجلة رأينا ان نلخصها دون ان نذهب بشيء من رونقها واهميتها .

الصداعات

لآلام الرأس درجات ولكل منها اسم خاص في اللغات الاجنبية ويدل عليها على اختلاف شدتها الاسم البسيط الذي اطلقه عليها العامة وهو وجع الرأس .

ولا يختلف الم الرأس (céphalgie) عن الصداع (céphalée) من حيث طبيعة الداء . بل يختلفان من حيث شدة الالم ومدته . وليس الصداع سوى الم في الرأس شديد وعنيد .

ومن آلام الرأس ماله صفات خاصة يجب ذكره على حدة وهو المسمى بالشقيقة (migraine) وقد عرف باستور فاليري رادو الشقيقة بكونها الماً في الرأس يصيب نصف القحف عادة بشكل نوب يرافقها خوف من النور ودوار وغثيان واقياء مع اعراض احتقانية . ولا يبقى لهذه الاعراض اثر بعد زوال الالم فيشعر المريض براحة تامة .

ويقول كريستيانزين ان الشقيقة يسهل فصلها عن الام الرأس الاخرى المسببة من فقر الدم والخور (neurasthénie) والرثية والتسمات التي تختلف عنها باعراضها وانذارها سيما ان الشقيقة تعترى المريض نوباً تعترضها فترات قد يطول امدها فيشعر المريض في اثنائها بالصحة التامة .

وهذه الصفات نفسها حدثت تيسو الى تمييز الشقيقة عن بقية الام الرأس التي اطلق عليها اسم الصداع والناجمة من تغيرات محسوسة في الجهاز العصبي . وفي الحقيقة فان تيسو قسم الام الرأس اربعة انواع :

الام الرأسي (céphalalgie)

والصداع (céphalée)

والشقيقة (migraine)

ونوعاً دعاه المسار والبيضة (le clou & l'œuf)

اما الام الرأسي فهو الام العادي الذي يصيب الناس كافة وتعرفه العامة بوجع الرأس .

فاذا اشتد هذا الام واستمر فاستعصى شفاؤه اطلق عليه اسم الصداع اما الشقيقة فتتميز عن الم الرأس العادي بوقوعها في جانب واحد من الرأس وبنوبها الشديدة وعودتها بدون سبب معروف .

اما ما دعاه تيسو بالمسار والبيضة فهو الم يشغل مكاناً صغيراً دون ان يكون له موقع ثابت ويكون غالباً جبهياً او صدغياً ولا يعترى الا النساء المصابات بالهرع وقلما يصيب الرجال اصحاب المزاج السويديائي .

وليست الشقيقة التي قد يشخصها المريض من تلقاء نفسه ما نود ان نتناوله

في ابتداء هذا البحث بل الغرض ان نصف في بحثنا هذا تلك الالام المهمة التي لا يتمكن المريض من معرفة اسبابها فيقف حائراً امام اسئلتنا فعلياً اذن ان نعتمد على ما نستنتجه من اسئلتنا ونستخلصه بفحوصنا المختلفة لتشخيص تلك الالام وتسميتها ومعرفة اسبابها .

وفي الحقيقة ان موقع الالام الرأسية لا يكون في جميع اقسام الرأس اذ انها لا تصيب الوجه والحجاج والانف والبلعوم والاذنين وتصيب القحف ومحتوياته فقط . ولا ريب انه من الصعوبة بمكان ان تتمكن من اقامة حدود فاصلة بين انواع الالام التي تصيب غلافات الرأس وصقله ومحتوياته واذا استثنينا العصابات نفسها والالام الرئوية وافات العظم المؤلمة كثيراً فلا يبقى سوى بعض الام تعاود المريض بشدة بين حين وآخر فتعده عن العمل ويحتاج معها كثيراً الى استشارة ارباب الاختصاص في امراض الاذن والانف والحنجرة والعين والامراض العصبية لمعرفة سبب الامه ومعالجتها وهذه هي الالام التي نحاول في بحثنا التالي ان نفهم كنهها ونكشف غموضها .

ان الالام تشغل في داخل القحف وخارجه مناطق مجهزة باعصاب مختلفة المناشئ فتختلط شعب الاعصاب الدماغية الشوكية بشعب الودي السمباتي ونظير الودي (parasympathique) . وستكلم قليلاً عن كل من هذه المناطق على حدة بصورة مختصرة .

اعصاب المناطق القحفية الخارجية

ان اعصاب غلافات القحف المختلفة حتى السمحاق والعظم ناشئة من اعصاب دماغية شوكية واليااف ودية ونظيرة الودي

فالصادرة عن المشأ الدماغى الشوكى تتوزع فى منطقتين • منطقة امامية وهى الكبرى ويعبر عنها بمنطقة المثلث التوائم • وخلفية وهى الصغرى وتسمى منطقة العنقى القفوى •

فالعصب المثلث التوائم يرسل للقحف اليافاً من شعبه المثلث •

فالشعبة الاولى وهى العصب العينى نعصب الجهة من الاقواس الحاجبية حتى اعلى نقطة فى القبة متجاوزة اياها قليلاً نحو الناحية الجدارية •

ففى القسم الانسى من الجهة تنتشر الشبكة الصاعدة للعصين الجهيين • فالجهبى الانسى وهو الاصغر يخرج وحشئى محجن المنحرفة الكبيرة والوحشئى وهو العصب فوق الحجاج يمر من الثلمة مرافقاً للشريان فوق الحجاج ويعصب بطريقه الحبيب الجهبئى وفى الوحشئى منه تصعد الياف العصب الدمعى •

والغصن الثانى وهو العصب الفكى العلوى يعصب القطعة المتوسطة من الناحية الصدغية بالالياف الصدغية العذارية التى تشأ اما رأساً من جذع العصب او من القوس الحجاجية الدماغية •

واخيراً الغصن الثالث الفكى السفلى لتفرعات العصب الاذنى الصدغى يعصب القسم الخلفى من الناحية الصدغية •

ويقابل انتشار العصب المثلث التوائم فى الاقسام الامامية العلوية انتشار العصب القفوى الكبير فى الاقسام الخلفية العلوية • وهذا العصب بعد ان يرسل بعض الياف حركية الى بعض عضلات القرة ينقلب عصباً حسياً يعصب النواحي القفوية والجدارية الخلفية •

اما فى الجانبين اى فى الناحية الحشائية والاذنية الخلفية فالاغصان الحشائية

والاذنية الناشئة من الضفيرة العنقية تكمل اعصاب هذه الناحية . .
وفي متاخمة هذه النواحي يتصل بعض الالياف العصبية المختلفة المنشأ
بعضها الاخر جاعلة اشتراكاً فعلياً بين اعصاب هذه النواحي . واطس بالذكر
من هذه الاتصالات اتصال الياف العصب فوق الحجاج بالقفوي الكبير .
اما الضمائر المحيطة بالاوعية فتنشأ من الودي العنقي الذي ترافق اليافه
العقدية الخلفية السباتي الباطن حتى الشريان فوق الحجاج . والسباتي الظاهر
حتى الشريان القفوي .

ومن البديهي ايضاً ان تأتي هذه الاوعية الياف عصبية من نظير الودي
بالجذور الشوكية الخلفية وبعض الاعصاب القحفية .

اعصاب داخل القحف : تنقسم الاعصاب في داخل القحف اعصاباً دماغية
شوكية وودية ونظيرها .

فالقسم الاول تأتي اعصابه كلها من المثلث التوائم وتوزع خاصة في الام
الجافية القحفية وفي جدر الجيوب الوريدية وقد يصيب العظم نصيباً من هذه
الاعصاب واطس منه اللوحة الباطنة من عظام القحف . ولو استثنينا منطقة
صغيرة نحو الحفرة القفوية والجيب الجانبي تنعصب بشبكة سحائية من العصب
التائه ناشئة من عقدته الوداجية لكانت الاعصاب والاغصان السحائية كافة
ناشئة من العصب المثلث التوائم .

فمعدة غسر ترسل من وجهها الخلفي اليافاً عصبية توزع في الام الجافية
المجاورة وفي الجيب الصخري العلوي .

والعصب العيني الذي يعطي خلاف الالياف الصغيرة التي توزع في

الجيوب الكهفية والام الجافية الجبهية الحجاجية ينفصل منه في حذاء الثلث الامامي للجيب الكهفي غصن سحائي طويل يدعى عصب ارنولد الراجع الذي ينتشر في خيمة المخيخ .

وينشأ من العصب الفكي العلوي عصب شغلب الراجع فهذا الغصن السحائي المتوسط يرسل اليافه الى الام الجافية التي تفرش وجه الصخرة الامامي والعظم الجداري .

واخيراً عصب لوشكا الراجع الذي ينفصل من العصب الفكي السفلي تحت الثقبه البيضية وبعد ان يتفاغر بالعقدة الاذنية يدخل برفقة الشريان السحائي المتوسط الثقبه المدورة الصغيرة وينقسم قسمين الخلفي منها يذهب الى الخلايا الحشائية والامامي يتبع التشعبات الشريانية نحو الناحية الصدغية الجدارية .

والعصب تحت اللسان الكبير عند اعصابه للحفرة المخيخية والجيب القفوي يأخذ اليافاً من الثلث التوائيم بعصبه اللساني . وهكذا تتعصب الام الجافية وعظام القحف . فالام الحنون تأخذ اعصابها من منشأين المنشأ الودي ونظيره والمنشأ الثاني من الازواج القحفية كا ٣ و ٦ و ٩ و ١٠ و ١١ و ١٢ وقد تأخذ بعض الياف رأساً من الحذبة الخلفية والسويقات الخية .

وتنشأ اعصاب الاوعية من منشأين من الجملة نظيرة الودي التي تأخذ اليافاً من الازواج القحفية المذكورة انفاً ومن الودي نفسه ، من الضفيرة السباتية والضفيرة الفقارية .

فهذه الاعصاب التي تتوزع في داخل القحف او في خارجه ليست مستقلة تمام الاستقلال لانها على اتصال تام باعصاب الوجه ولا سيما باعصاب العين والانف

والاذن وسائر المناطق التابعة لاختصاص هذه الفروع الاخيرة . وهكذا فالاسباب المرضية متى اعترت احدى هذه المناطق انتقلت بسهولة الى سائر نواحي القحف ولا سيما اسباب الصداعات .

• فالعصب المثلث التوائم فضلاً عن انه يعصب القسمين العلوي والامامي من مجرى السمع الظاهر والقسم الامامي من غشاء الطبل ومخاط جوف الفم واللسان من الجهة المقابلة والحفاف واللهاة والغنبتين الاماميتين يعصب ايضاً جوف الانف حتى حافة الحفاف والفوهة الباعومية لبوق اوستاكيوس ويعصب الحجاج ومحتوياته .

ولنذكر ان شعب العصب المثلث التوائم تجاز فوهات او مجاري عظمية ولها في اكثر اماكن سيرها مناسبات وثيقة مع السطوح المقاومة .

وقد بينت التجارب في الحيوان والملاحظات السريرية في الانسان وبغض التجارب فيه الفرق في الاحساس الالمى بين المناطق الخارجية والوسطى والداخلية للقحف . وكانت منها الفوائد الباهرة في التطبيقات السريرية .

ففي الاغشية الظاهرة للقحف يختلف الحس كل الاختلاف في الطبقات الجلدية والسمحاق فمتى اراد الجراح اجراء توسط جراحي اكتفى لازالة الالم بحقن الجلد بالمخدرات الموضعية التي تحدث تخديراً تاماً . وفي هذه الاقسام الرخوة نجد ان الجذوع العصبية الصغيرة التي تسير في هذه الاقسام ولا سيما التي تمر من على الصفاق القحفي هي كثيرة الاحساس ويشابهها في ذلك الاوعية التي متى ضغطت بالملقاش احدثت الالماً قد تكون شديدة متى اهمل امر التخدير .

اما العظم فهو قليل الحس حتى ان ثقبه ونشره بدون اقل تخدير مستطاع .

والجدوع العصبية والاغصان الشريانية في الام الجافية كثيرة الحس . اما الام الجافية نفسها فيؤيد ليناندر انها قليلة الحس جداً حتى انه ثقبها وشقها لا يسببان للمريض اقل الم . ولكن هالير اثبت حسها قديماً في الحيوان . وايد كوشنغ ان الام الجافة حساسة بعض الحس وان حسها يزول كل الزوال بقطع العصب المثلث التوائم ويؤيد رأي كوشنغ زوال الصداع تماماً بقطع هذا العصب ويمكن اعتبار الام الجافية حساسة في اقسامها الامامية ولا سيما في المناطق التي يزويها الشريان السحائي المتوسط وهكذا نجتمع بين رأي هارو وكوشنغ ورأي ليناندر الذي اثبت ان الام الجافية غير حساسة في المنطقة الاذنية خاصة .

اما المخ فلا يشعر المريض عند قطعه او استئصال بعض اجزائه او وخزه بأقل الم .

وقد احدث الصداع في الانسان بوسائط مختلفة فطريقة دندي التي تقوم بنفخ الهواء في البطنيات للحصول على صور اشعاعية واضحة تمدد هذه المناطق ومتى وصل التمدد الى درجة معلومة اعترت المريض عوارض اولها الصداع . وعوق الدورة الوريدية الراجعة تبعاً لطريقة كيكنيستيد التي يقصد منها تغيير ضغط المائع الدماغى الشوكي تسبب ايضاً الصداع . وهكذا فان بير بعد عقده حول عنقه رباطاً مرناً وشده بقوة قدر استطاعته وابقائه ليلة شعر في الصباح بالم جيبي لازمه حتى الظهر .

وقد احاط كوشنغ عنقه برباط مستغط الشرايين ودعا احد اختصاصيي العين الى فحص قعر عينه فعند بلوغ الضغط ثمانية مللمترات زئبق لاحظ الاختصاصي ان الاوردة الشبكية قد توسعت وزاد اتساعها كثيراً عند وصول الضغط للدرجة

١٢٠ ملم وزال توسعها حالاً عند زوال الضغط :

وقد استفاد من هذه التجربة العلماء فورب وكوب وفريمون نيميث في نجر باتهم عن الاختناق بحامض الكربون في الحرر والكلاب فظهر لهم ان هذا النوع من الاختناق يسبب فيها ارتفاعاً شديداً في ضغط المائع الدماغى الشوكى وتحولات في قعر العين وتمكنوا ان يلاحظوا في شخص عرضوه لغاز حامض الكربون مدة نصف ساعة توسعاً في الاوردة الشبكية واحتقاناً في الحليمة البصرية وفسروا بذلك حصول الصداع في التسممات الحاصلات بالتعرض لهذا الغاز .

ويمكن ان نقرب من هذه الامثلة الصداع الذي يحصل بعد استخراج كمية من المائع الدماغى الشوكى وهذه الامثلة نفسها تفيدنا في تفسير الاختلالات التي تحصل في تحولات الضغط داخل القحف .

ولو تمكنا من استخدام طرق جديدة لالام في الاعضاء السائرة لفهمنا حصول الالم في القحف .

ولكي نحيط كل الاحاطة بهذا الموضوع الدقيق من جميع وجوهه من جهة علم الامراض العصبية وامراض العين وامراض الانف والاذن والحنجرة لابد من معرفة المصادر المرضية المختلفة المحدثة للصداع وكيفية تكونه وهذا ما سيكون موضوع مقالنا الثانى .

ونستكمل بعدئذ مستعينين بالعلوم الاختصاصية الثلاثة التي ذكرناها آنفاً عن الطرق الدوائية التي نستكون مستخرجة من علم الحلقة (الفسيولوجيا) وفقاً لقول لندوزي .

« للبحث صلة »

مقتطفات حديثة

عن جرائد الغرب بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

معالجة فاكات الدم الدوائية ، الخلقية ، الاقليمية ، المائية

تنجم فاكات الدم من : ١ - تغير الاعضاء المولدة للدم وآفاتهما واضطراب

وظائفها .

٢ - تغير المصورة الدموية .

٣ - موات الكريات الحمراء السريع بتأثير الطفيليات والسموم .

لذلك تجب قبل الشروع بالمداواة معرفة السبب الاساسي اثنائياً كان ام سميئاً ام عضوياً . وقد يشفى في بعض الاحيان السبب الاساسي الا ان فاقدة الدم تبقى مستمرة او يكون هذا السبب مجهولاً فينبغي حينئذ الاكتفاء بمداواة العرض . ويجب في هذه الحالة تمييز العضوية بالمواد التي تنقصها لصنع الكريات الحمراء وتنشيط الاعضاء المولدة للدم وتخوير توتر المصورة الحولي او تغيير مقدار المواد الهيمولية الموجودة في المصورة واصلاح اضطرابات الكبد والطحال وجميع الاعضاء الخربة للكريات الحمراء الشخبة او المولدة لها . يتيسر لنا ذلك بوسائط عديدة دوائية وخلقية ومائية واقليمية .

١ - المعالجة الدوائية : أ - الحديد هو اشهر الادوية في فاكات الدم وفائدته عظيمة في داء الخضرة ويجب ان ينظر حين اعطائه الى امرين : مزجه

بادوية تحسن المعدة كي لا تصاب بالتهاب دوائي وبادوية ملينة لئلا ينشأ منه امساك .

الحديد مفيد في فاقات الدم الاسريية والناجمة من الطمث الغزير ومن انحلال الدم والرعاف المتكرر وفي فاقات الدم عند الرضع ومساعد في فاقات الدم الزهرية والبرداية .

الا ان لاستطبابات الحديد مضادات : اهمها عدم الائتلاف الشخصي ، اضطراب المعدة .

ب- الزرنيخ (arsenic) : يستعمل في فاقات الدم المتوسطة حيث تكون الاعضاء المولدة للدم مضطربة او تعب و يفوق هنا الحديد في فعله ويوصف ايضاً في فاقات الدم السلية والعرضية الناجمة من مرض عام او من اضطراب الهضم او من البرداء والزهري . وقد بدا مفيداً في بعض الفاقات الدموية الحبيثة

ج- الاووكسيجن : مفيد في جميع انواع فاقات الدم لذلك نرى ان فقراء الدم يشفون في ساحل البحر وفي الاماكن المرتفعة . ويستعمل الاوكسيجن انشاقاً وحقناً تحت الجلد .

د - المنفانز : ينبه الاغتذاء العام وليس له تأثير خاص

هـ- الكولسترين (شحم الصفراء) : جرب في الاطفال فزاد فيهم عيبد الكريات وقد بدا مفيداً في فاقة الدم الحبيثة ولا سيما في اليرقان المحلل للدم

و- الليستين : مفيد في جميع انواع فاقات الدم . ينبه الاغتذاء ، يزيد عدد الكريات الحمراء ومقاومتها . وهو موجود في مج البيض والنخع .

ز - الفاناديوم (vanadium) : محض حسن يزيد فعل الاحترق . استعمل

في داء الخضرة وفي بعض فاقات الدم فبدا مفيداً .

ح - حامض كلور الماء : وصف في فاقات الدم الخبيثة فبدا مفيداً ولعل فائدته ناجمة من جملة العصارة المعدنية اشد فتكاً في الجراثيم فيمنع بذلك تكاثرها وأحداها لا اضطرابات معدية معوية محدثة لفاقات الدم لان كثيراً من فاقات الدم مسببة من اضطراب المعدة والامعاء وعفونتها .

ط - ليغوانا الصودا : يستعمل محلوها (٦٠ / ١٠٠٠) حقناً في باطن الوريد فيزيد عدد الكريات . وقد لوحظ ان المصل الاصطناعي مفيد ايضاً .

ي - الغليسرين : يستعمل بمقدار ١٥ - ٤٠ سم^٣ في اليوم فيفيد .

ك - الزئبق الكرومي (mercurochrome) يستعمل حقناً في باطن الوريد

من ٣ - ٥ ملغرامات لكل كيلو فيحسن فاقة الدم الخبيثة .

الادوية الطبيعية : استعملت منذ خمسة عشر عاماً . تقوم باشعاع اشعة (X)

والراديوم واشعة ما فوق البنفسجي وباستعمال التور يوم

أ - اشعة (X) : ان الاشعاع مفيد اذا اجري بلطف وكانت مدته قصيرة

فهو منبه للاعضاء المولدة للدم ويجب ان تكون الاعضاء هذه قادرة على العمل واما اذا كانت مستحيلة فيزيد حوءها وتكون الاشعة حينئذ مفسدة لا مصالحة .

ب - التور يوم : ان المقادير الجزئية (٥٠ ميكروغراماً في الاسبوع) مفيدة

اما المقادير الكبيرة فخطرة .

ج - الراديوم : يوتر كما يوتر التور يوم واشعة (X)

د - اشعة ما فوق البنفسجي : مفيدة في فاقات الدم الخروعية (rachitique)

والتالية للانزفة وفي الناقهين وفي فاقات الدم الناجمة من اضطراب الافرازات الداخلية ومن سل العظام .

المداواة بالاستحمام في الحمامات التي تحتوي مياهها على حديد وزرنيخ وملح
المداواة الاقليمية مفيدة جداً

فان الاقاليم المرتفعة (ما فوق ١٠٠ متر) تزيد خضاب الدم وعدد الكريات فهي نافعة في داء الخضرة وفاقات الدم التالية للاتانات والسابقة للسلب
والبردائية . ولا يجوز وصفها للعصبيين والمقلوبين والمصابين بامراض عرقية

اما الاقاليم المتوسطة الارتفاع (٨٠٠ الى ٥٠٠ متر) فانها مقوية ونافعة في جميع انواع فاقات الدم

والاقاليم القليلة الارتفاع (ما دون ٥٠٠ متر) مفيدة باستعمال الوسائط الاخرى .

والاقاليم البحرية منبهة للاعضاء المكونة للكريات الحمراء ومزينة لخضاب الدم ويجني منها الاشخاص القادرون على التفاعل فائدة حسنة ويجب ان يتبعد عنها المحمومون والمدنفون والمقلوبون والمسلولون من المصابين بفاقة الدم لانها مضره بهم .

موجز عن بعض ابحاث المؤتمر الطبي المنعقد في مونبليه

بحث مداواة فاقات الدم بالحمية والاستعضاء والاستدما

للاستاذ لامبيان

بحث ويل وزملاؤه عن الاعضاء المولدة للدم فاثبتوا ان الكلية والكبد
تؤثران تأثيراً شديداً في صنع خضاب الدم . اما النسيج العضلي فاقبل فعلاً

منها وبكاد الأ يكون للاسماك والالبان وما يصنع منها ادنى تأثير وقد ثبت لهم ان بعض الفواكه والخضر ولا سيما الخضر منها تلعب دوراً مساعداً على توليد الدم والحيوين (C) والحيوين هو الذي ظهر تأثيره الحسن في مداواة فاقة الدم وقد اثبتوا ان :

الاستعضاء النقي : مفيد في فاقة الدم الحبيثة

والاستعضاء الطحالي : مفيد في فاقات الدم التالية ولا سيما في المسلولين

والاستعضاء الدرقي : مفيد في فاقات الدم المصاحبة لاضطراب الافراز

الدرقي .

والاستعضاء الكبدي : مفيد في فاقات الدم الحبيثة ويدعي مورفي ومينوان

الاستكباد (hépatothérapie) هو خير علاج لفاقات الدم الحبيثة . وتأتي خلاصات

الكبد بالفائدة التي تجنى من الكبد ذاتها . وترجع الخلاصات الكبدية في فاقات

الدم باضطراب المعدة وفي المصابين باحتباس البولة او بالنقرس

ب - في فاقات الدم غير الحبيثة : الاستكباد مفيد في فاقات الدم النزفية

الاستدعاء : تفيد الموصول المولدة للدم فائدة حسنة في فاقات الدم الثانية

المتوسطة ولا تفيد فائدة جلية في فاقة الدم الحبيثة . وقد ثبت ان حقن تحت

الجلد او العضلات بالدم ينشط تولده

نقل الدم : مفيد جداً في فاقات الدم النزفية وفي غيرها عدا فاقات الدم غير

المصورة وايضا ضات الدم .

الاعراض العصبية السنية المنشأ

يعتقد الاستاذ جورج آندره ان كثيراً من آفات الوجه : التهاب الجيوب حمرة الوجه ، الدمامل وغيره تشأمن حالة الاسنان السيئة وقد شاهد عدة حوادث كانت كلها موءيدة لدعواه منها حادثة امرأة اصببت بآلم العصب الوجهي المزمن لم يوفق لتسكينه كثير من الاطباء حتى ان احدهم ارسلها الى الاستاذ آندره الذي شاهد نوب الاحتقان والالام المزعجة التي تتابها في الرجا الصدغي الاذني العنقي وفحص جوف فيها فحصاً كاملاً فلم يبد له فيه آفة مالا في اللثة ولا في الاسنان ولاحظ ان الناجذة العليا اليسرى مفقودة واليمنى ضامرة وافادت المريضة انها كانت اصببت منذ بضع سنوات بنوب مماثلة في الجهة اليمنى ففكر بان هذه الالام قد تكون ناجمة من نمو الناجذة المفقودة نمواً معيباً ثم غابت المريضة وعادت اليه بعد سنة كاملة تشكو الالام نفسها التي اخذت تشدد عن ذي قبل وافادت انها راجعت الاستاذ بواريه وطلب منها ان ترضى بقطع عقدة غاسر فرغبت السيدة المذكورة ان تأخذ رأي الاستاذ آندره قبل الموافقة على العملية وهكذا تسنى له فحصها مرة ثانية فشاهد ان سن السنة الثانية عشرة متخلخلة قليلاً وينجم من ضغطها الام شديدة فطلب من مريضته بان تصور الرجا المذكور بالاشعة فدلّت الصورة على ازدحام في اساس الجذور بين سن السنة الثانية عشرة والناجذة الآخذة بالنمو فنصح حينئذ للمريضة بان تخلع السن المذكورة فقبلت وزالت عنها بفضل ذلك نوب الالام .

المشاهدة الثانية : يرجع عهدها الى عام ١٩٢٥ وهي حادثة لقوة طرأت على

امراة فجأة دون ان يسبق حدوثها الام مما جعل التشخيص صعباً وقد شاهدها

اطباء عديدون بينهم استاذان: المريضة قروية ارسلها للدكتور اندره احد اصحابه ليبيدي رأييه في اسنانها وما اذا كان لها ثمة علاقة بالقوة . تبين له بعد فحصها ان العصب السني السفلي قد رضى بسبب اندفاع الناجذة الى رتجه السنخي واثبت التصوير رأيي الحكيم آندره فاستأصل ناجذتها العليا والسفلى فشفيت المريضة وقد شاهدها بعد ستة اشهر ممتعة بمحركات وجهها الخلقية كسابق عاداتها .

وقد احب الاستاذ اندره ذكر هاتين المشاهدين لما فيهما من الفائدة متقدماً اسراع الجراحين في بعض الاحيان وتكليفهم المرضى بعمليات كبيرة قد تكون عاقبتها اضطراب النظام الخلقى في البدن فان خلع سن خلص المريضة من استئصال عقدة غاسر في الحادثة الاولى وانجى المريضة الثانية من اللقوة وما ينجم منها .



وفاة الاستاذين

توفيه (١٨٥٧ - ١٩٢٩) لوسان (١٨٧٨ - ١٩٢٩)

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

بعد ان فجع الطب هذه السنة بفقد علمين من اساتذته العظام وهما فيدال وسيكار ارتدت الجراحة الفرنسية بدورها ثوب الحداد على فقد عظيمين من كبار جراحها وهما توفيه الذي انتقل من هذه الحياة عن ٧٢ سنة قضاها في الاعمال الباهرة ولوسان الذي ترك هذه الدنيا عن ٥١ سنة قبل ان يكمل عمله المجيد الذي بدأ به .

ومن من اطباء العالم قاطبة لم يسمع بهذين الاسمين الشهيرين اللذين لم تنحصر شهرتهما في فرنسا فقط بل تعدتها الى الممالك الاخرى التي سئشترك بالاسف على فقدهما كان توفيه في مقدمة الجراحين الذين لا يستصعبون عملاً كبيراً ولا يقفون تجاه الصعوبات مهما كبرت وقد خصص نفسه بالطب التجريبي .

وهو تلميذ مدرسة نكر العظيمة ومن اعظم الاختصاصيين بجراحة الكلية والكسور والرتة واليه يعود الفضل في التخدير القطني الذي لا يذكر دون ان يذكر معه اسم توفيه هذا التخدير الذي كانت له ضجة كبيرة في عالم الجراحة . لا ننكر ان بير قد سبقه الى حقن القنائة الفقارية بالكوكايين لتسكين الالام الشديدة غير ان توفيه هو اول من استعمله في التخدير واوجد هذه الطريقة الجديدة النفيسة التي ما كادت تعلن حتى تقاطر الاطباء من انحاء البسيطة ليروا طرز استعمالها ويشاهدوا عيونهم هذا الجراح الماهر يستعملها .

ولم يقف الامر عند هذا الحد لان توفيه الذي لا يعرف الكلل كان يحول هو نفسه في الاقطار البعيدة ناشراً هذه الطريقة ورافعاً حيث حل اسم الجراحة الفرنسية عالياً وقد حضر في السنة المنصرمة مؤتمر القاهرة الطبي ولم يحرم دمشق زيارته القصيرة .

وكانت السنون تتوالى عليه دون ان تفقده شيئاً من لباقة الجراحية وعلومه الغزيرة فهو بلا مماراة امير من امراء العلم والجراحة . واعماله العديدة الخالدة تشهد له بذلك وتلاذته المنشون في جميع العالم يذكرون هذا الاستاذ العالم العامل وعيونهم تسكب الدموع الغزيرة علي فقده .

اما لوسان فهو العالم الفذ الذي ادهش كل من عرفه هو هذا الجراح الماهر الذي لم ينجب القرن العشرون ابرع منه هو ذلك الدماغ المفكر الكبير الذي كانت تباهي به الجراحة الفرنسية .

هو ذلك الرجل الذي لم يكن يعرف التعمبل كان يصل الليل باطراف النهار جاداً مجتهداً حتى انه فاز في جميع السباقات ونال لقب استاذية الامراض الجراحية في معهد باريس الطبي سنة ١٩٢١ ولم يبرع لوسان في الجراحة وحدها بل كان من اعظم علماء التشريح والطب الجراحي والتشريح المرضي حتى ان الاختصاصيين انفسهم في هذا الفرع الاخير كانوا يستطلعون رأيه في المقاطع الغامضة وقد ذهب ضحية هذا العلم .

لانه بعد ان استأصل احدى المرائر اخذ يعاينها معاينة دقيقة و يظهر انه مس باصبعه الملائنة دون ان ينتبه فمه فكانت العدوى لان تلك المرارة كانت تعج بالعصيات التيفية وقد قضى رحمة الله عليه ضحية هذه الحلى الخبيثة .

اما مؤلفاته فعديدة واكثرها شهرة « سريرياته الجراحية » التي طبعها سنة ١٩٢٦ مع لاريش « وجراحة عظام الاعضاء والمفاصل » التي طبعت هذه السنة .

وكان في نيته ان يوف « رسالة في التشريح المجهري وغير المجهري » مطبقاً على التشخيص الجراحي والطب الجراحي فلم يمهله الموت لايواز هذا العمل الكبير الى حيز العمل غير ان مؤازر به لا يحرمون العالم الجراحي هذه الفائدة العظيمة بل انهم سيجمعون هذه الجواهر وينظمون منها هذا العقد الثمين تخليداً لاسم هذا النابغة .

واننا قبل ان نترك القلم ننحني باحترام وأسف امام ضريح هذين الاستاذين الكبيرين سائلين لهما الرحمة ولا تكهما العزاء والصبر .

لوسر كل



فهرس المواد العام

للمجلد السادس من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتب على حروف المعجم .

الصحيفة

« أ »

- الاحليل (الاستقصاء في — ٣٢
موتمر بوردو ٦٢٣
موتمر الجراحة الفرنسي السابع والثلاثون ٨١
موتمر الجراحة الفرنسية الثامن والثلاثون ٥٧٢
— موتمر القاهرة الطبي (تقرير عميد الجامعة عن — ١٢٩
— الانف اسبابها ومداواها) ثمانية — ٣٢١

« ب »

- البصر (نصائح صحية عن — ١٧٦

« ت »

- تقويم البشير عن سنة ١٩٢٩ ٣١
— توفيه (وفاة الاستاذ — ٦٣٩

« ج »

- الجذور (تضيق قنوات — ٢٣٥
الجراحة في سياق السنة ١٩٢٧ ٢١١
الجناب المصلي الليفي في الحاد ٦٣

الصحيفة

« ح »

- ١٥٥ — الاحليل (امراض —
٦١٤ — الحمل بتسوس الاسنان (علاقة —

« د »

- ٣٣٣ — داء المتحولات البولي (بعض مشاهدات عن —
٥٧٨ — داء الجلبان (ثلاث حادثات عن —

« ذ »

- ٣١٨٤١٨٤ — مذمر وسأوة (موازنة بين —
٢٤٩٠ المذمرام السعوية

« ر »

- ٣٢٠ الرئيس والمندوب في الجامعة السورية
١٩٣ — الرحم (استئصال جـ سم —
٦١٠ تركيب الابدان الحية

« ز »

- ٤٥٧ زحار الرضع المتحول
١٤٦ الزحار العصوي في سورية
٢٥٧ زهري مجهول تظهرة الاشعة
٤١٢ — الزائدة الحاد (التهاب —

« س »

- ٤٢٢ — سرطان المستقيم (معالجة —
٤٦١ — السل والوقاية منه (تاريخ —
٥٩٠ — السل (الوقاية من —

الصحيفة

٢٥٥

— سيكار (موت الاستاذ —

« ض »

٣٨٥	— الضنك (كيف ينشر —
٤٠٤ ٦٣٩٧	الضنك والبعض
٥١٣	— الضنك (تمديد عن —
٥٢٠	— الضنك (لمحة تاريخية عن —
٥٢٥	الضنك وسرايته (اعراض —
٥٣٠	الضنك في اليونان (وافدة —
٥٣٤	الضنك في اليونان (اختبارات عن عدوى —
٥٤٣	الضنك في الاسكندرية (وافدة —
٥٥٠	الضنك في سورية
٥٥٥	الضنك (بعض ملاحظات عن —
٥٥٩	الضنك والحصبة في حادثتين
٥٦٣	الضنك والعلل الشبيهة به

« ظ »

مطبوعات حديثة

٥١١	الخواطر العرب في النحو والاعراب
٢٥١	الدروس الكيماوية
٥١١	سفر التكوين
٣٦٧ ٦٣٠٤	اطروحة الحكيم انستاس شاهين
٣٧٣	اطروحة الحكيم ميشيل جبار
٥١١	الفصادة البيضاء
٢٥٣	منهاج الجامعة السورية

الصحيفة

٤٤٩

— الطحال الرضي (تمزق) —

« ع »

٢٨٣

— المتكيلة الجراحية (التهابات) —

٦٠١

التعفن في الجراحة

٥٨٢

— عقد العنق البلغمية (التهاب) —

— عميد الجامعة والاستاذ ترابو عضوين في المعهد البريطاني

٢٥٦

للصحة العامة (انتخاب) —

٢٣١

العنينون

١١٩

— المعهد الطبي العربي (مؤلفات) —

٢٤١

العادة الخفية في الفتية والشبان

« ف »

٣

فائحة السنة السادسة

٤٣٤

افتتاح بناء الجامعة

٣٦٣ ٦٢٧٧

— الفلج العام بالسستوفرسول (مداواة) —

١٩٢

— فيدال (موت الاستاذ) —

مقتطفات حديثة

٥٠٤

الارغوسرين المشع

٤٠٩

داء الذئب الاحمراري وبلاص الذهب

٥٠٦

مداواة التهاب الاوعية الصفراوية الحاد

٥٠٢

مداواة طلائح الانقباض

١٢٦

اسباب ثن الانف ومداواته

٦١

اسراع القلب في طلاب المدارس

١٢٢

الطب والموسيقى

الصحيفة

٦٣٧	الاعراض العصبية السنية المنشأ
٦٣٥٤٦٣٢	معالجات فاقات الدم
٥٠٠	الاستفقاغ
٥٠٨	الاقياء المؤدية في الاطفال
٦٠	النوم
١٠	— القناة الجامعة (جراحة —

« ك »

٢٧٢	— الكبد الايسر (خراج متحول في فص —
٦٥	— الكبد (خراجاتها الزحارية الناقصة الاعراض)
١١٠	— الكاوية (الاستقصاء في وظيفة —
٢١٨	— الكلى (امراض —
١٠١	— الكليتين (الاستقصاء في —
٦	— الكولون المعترض بقرحة زحارية (اثقاب —

« ل »

٥٠	— اللب وطرق استئصاله (اسباب كشف —
٤٣٣	اللجنة الفرنسية في معهدنا الطبي
٣٨١	— لفوية (شذرات —
٥٦	— اللفوية (النهضة —
٦٣٩	— لسان (وفاة الاستاذ —

« م »

٢٠٨	— المثانة (امراض —
٩٠	— المثانة (الاستقصاء في —
٢٦١	— الامراض الاجنبية المشاهدة علي ضفاف البحر المتوسط (في بعض —

الصحيفة

- ٤٥٩ — الأمراض الانتانية الفوري (شفاء) —
٤٣٥ — المصل الملحي الزائد القوة في انسداد الأمعاء (حقن الوريد —
٢٩٤ — الأمعاء (جراحة) —
٣٥١ — الأمعاء (انسداد) —
٤٢ — الموثنة (الاستقصاء في) —
١٦٥ — الموثنة (امراض) —

« ه »

- ٢٠٠ — الميضة الاشوية في الشرق الادنى

« و »

- ١٨٨ — الوتين المزمنة (معالجة التهابات) —

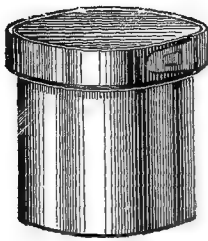


فهرس الاعلام

من كتبة المقالات والمراسلين مرتبة على حروف المعجم

١٩٣	ابرهيم الساطي (الدكتور الاستاذ)
٦١٤	ابرهيم قندلفت (طبيب الاسنان)
٢٩٤٢٦	اديب سردست (الدكتور)
٥٣٠	ارافنتينوس (الدكتور الاستاذ)
٦٢٣٤٣٦٧٤٣٠٤	انستاس شاهين (الدكتور)
٢٤٩	انستاس ماري الكرمل (الاب)
٥٣٤	بلن (الدكتور)
٥٤٣	بنا يوتاتو (الدكتورة)
٦٥	بور (الدكتور)
٤٥٧٤٤٠٤٦٢٧٢٤٢٦١٢٥٧٤١٤٦	توابو (الدكتور الاستاذ)
٥٧٨٤٥٦٣٤٥٢٠٤٥١٣	
٥٩٠٤١٤٦	حمدي الخياط (الدكتور الاستاذ)
٣٩٧	رئيف ابي اللمع (الدكتور الاستاذ)
١٢٩	رضا سعيد (الدكتور الاستاذ)
٥٢٥	ساكورافوس (الدكتور الاستاذ)
٥٥٥٤٣٦٣٤٢٧٧٤٢٠٠	سامي الساطي (الدكتور الاستاذ)
٢٥٣٤٢٥١	سهيل
٥٥٩	سوتريو (الدكتور)
٣٣٣	سوليه (الدكتور)
٣٣٣	شفاليه (الدكتور)
٣٧٣٤١٢٦٤١٢٣٤٦٥٤٦٢٤٦١٤٦٠٤٦	شوكت الشطي (الدكتور الاستاذ)
٦٣٢٤٥٧٨٤٥٠٠٤٤٥٩٤٤٥٧	

٢٥٧	طاهر الجزائري (الدكتور الاستاذ)
٢٤١٤١٧٦	كامل سليمان الخوري (الدكتور)
٥٣٤	كامينو بتروس (الدكتور)
٣٢١	عبد القادر مري (الدكتور الاستاذ)
١٤٦	عبد القادر الصباغ (الدكتور)
٣١٨٤١٨٤	عبد القادر المغربي (الشيخ)
٦١٠	عبد الوهاب القنواقي (الصيدلي الاستاذ)
١١٠٠٤١٠١٤٩٠٠٨١٤٤٢٤٣٢٤١٠٤٦	لوسر كل (الدكتور الاستاذ)
٢٧٢٤٢٣١٤٢١٨٤٢٠٨٤١٦٥٤١٥٥	
٤٥٣٤٤٤٩٤٤٢٢٤٤١٢٤٣٥١٤٢٨١	
٦٣٩٤٦٠١٤٥٨٢٤٥٧٢	
٦	لويس (الدكتور)
١٠١٤٩٠٤٨١٤٤٢٤٣٢٤٢١٤١٠٤٣	مرشد خاطر (الدكتور الاستاذ)
١٩٢٤١٨٨٤١٦٥٤١٥٥٤١٤٦٤١٠	
٢٦١٤٢٥٦٤٢٥٥٤٢٣١٤٢١٨٤٢٠٨	
٤٢٢٤٤١٢٤٤٠٤٤٣٥١٤٣٢٠٤٢٨٣	
٥١١٤٤٦١٤٤٥٣٤٤٤٩٤٤٣٤٤٤٣٢	
٥٤٣٤٥٣٤٤٥٣٠٤٥٢٥٤٥٢٠٤٥١٣	
٥٨٢٤٥٧٨٤٥٧٢٤٥٥٩٤٥٥٥٤٥٥٠	
٦٣٩٤٦٠١	
٣٨١٤٣٣٣٤٢٧٢٤٥٦	مسلم القاسمي (طالب الطب)
٥٦٣٤٢٥٧٤١١٩	ميشيل خوري (طبيب الاسنان)
٢٥٧	مصطفى شوقي (الدكتور الاستاذ)
٤٨٩٤٢٣٥٤٥٠	نجاة الصفدي (طبيب الاسنان)
٣٨٥	نجيب عرداتي (الدكتور الاستاذ)



الانتهاج المعوي الكولوني

ولا سيما في الاطفال

يتحسن سريعاً ويسهل شفاؤه بوضع

الانتي فلوجستين الحار على البطن جميعه

Antiphlogistine

ومن خواصه المراه اوجعية المني والخلب (البريطون) وتنبية الصفيرة الشمسية والمربطانية
واقفاف الزحير والتقلص العضلي والم

افات الجلد

ان كل آفات ادمة مهما كان سببها : كالحروق ، ووخزات الحشرات والزواحف التي
يكثرو فوعها في الصبف تستدعي المعالجة بسرعة بوضع انتي فلوجستين . ويجب ان
يوضع في الغالب حاراً

ان الحرارة الرطبة اذا طبقت تطبيقاً دائماً في حالة احتقان تعيد الدوران الطبيعي بسرعة
الى انتظامه وهي الخطوة الاولى في عامل تحديد كل التهاب . ان الانتي فلوجستين البارده
اسهل تحملاً في بدء الحروق .

الرضوض

الوئي ، والجروح ، والتهابات الاوردة الرضية ، والمعض وسائر الاحتقانات الناشئة من
التعثرات الرياضية تزول سريعاً بوضع انتي فلوجستين الحار

توسل المعلومات والمساطر لحضرة اطباء
المقر العام

The Denver Chemical M. FG.C

New York city, U. S. A.

EMILE FARHI & Co

P. O. Box 254

Beyrouth (Syrie)



مجلة المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعها
يصدرها في دمشق بصورة

المعهد الطبي العربي مرة في الشهر ما عدا شهري آب وبطلول

اشتراكها السنوي

في سورية ولبنان نصف ليرة عثمانية
وفي الخارج نصف ليرة مصرية

والدفع مقدماً ويحسم ٢٥ بالمائة لتلامذة المدارس



كل ما يتعلق بالانشاء يفاوض به رئيس الانشاء الدكتور مرشد خاطر
استاذ الامراض الجراحية ومربياتها

